

**Resultados del
Trabajo de Campo**

INFORME FINAL

Coordinador

Msc. Manuel Ortega Hegg

Investigadores

Msc. Mario Castro Merlo

Msc. Víctor Manuel Urroz A.

Asesora Médica

Dra. María Elena Ubeda



Managua, Nicaragua
Febrero del 2000

PMSS

PRESENTACIÓN

En este informe se detallan los principales hallazgos del trabajo de campo realizado por el Centro de Análisis Socio Cultural (CASC) de la Universidad Centroamericana de Nicaragua (UCA) en el marco de los *Estudios para el Fomento de la Participación Ciudadana* en el Programa Fondo para la Maternidad e Infancia Segura (FONMAT), ejecutados bajo contrato EMD.9.176.00-J con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Dichos hallazgos revelan las percepciones que de este Programa tienen los funcionarios de los niveles central, intermedio y territorial del Ministerio de Salud (MINSA), los directivos de los Organismos No Gubernamentales (ONG's), los líderes de base y los usuarios potenciales de los territorios que serán beneficiados por el Programa. Además, el estudio muestra las posibilidades y condiciones ambientales para el desarrollo del FONMAT.

Dichas percepciones se desprenden de 63 entrevistas realizadas y tres encuentros con grupos de parteras y usuarias, así como de una encuesta de opinión de usuarios que involucró a 400 personas (200 mujeres y 200 hombres) de ocho municipios del norte del país.

Para facilidad de los lectores, el informe inicia con un resumen de los principales hallazgos del trabajo de campo, para luego continuar con una introducción que ubica al FONMAT en el marco de la Política Nacional de Salud, explica el propósito de la consultoría del CASC – UCA y plantea las bases culturales para desarrollar la participación ciudadana. Después, en la parte central del documento, se plantea el detalle de las tendencias observadas en el trabajo de campo referidas al conocimiento que tienen del FONMAT las autoridades de salud y los demás actores internos e externos del sistema, la voluntad política para materializarlo, sus perspectivas de sostenimiento, las relaciones internas MINSA – FONMAT y las bases de la promoción del Programa, incluyendo las mentalidades y prácticas culturales observadas en los territorios visitados.

Al final, después de las conclusiones, que sintetizan los principales hallazgos del estudio, se adjunta un detalle de la bibliografía consultada, los cuadros estadísticos que soportan los resultados de la encuesta, los instrumentos de investigación y una lista de las personas entrevistadas.

INDICE

I	RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO	5
A	La práctica cultural en salud	5
B	Conocimientos generales sobre el FONMAT	5
C	Voluntad política	6
D	Sostenibilidad del FONMAT	6
E	Relación entre el MINSA y el FONMAT	6
F	Sobre el monitoreo y evaluación de la calidad	7
G	Promoción del FONMAT	7
II	INTRODUCCIÓN	9
A	El FONMAT y la Política Nacional de Salud	9
B	La consultoría del CASC – UCA	10
B.1	Las entrevistas	11
B.2	El sondeo de opinión	12
B.3	El estudio bibliográfico	12
C	Características de los departamentos y municipios seleccionados	12
C.1	Antecedentes sobre Nicaragua	12
C.2	Sobre los departamentos y municipios seleccionados	13
D	Bases culturales de la participación ciudadana en el FONMAT	14
D.1	Incidencia de la cultura en los procesos de cambio social	14
D.2	Representaciones culturales de la salud en Nicaragua	15
D.2.a)	Las representaciones culturales precolombinas	16
D.2.b)	Las representaciones de la sociedad colonial	17
D.2.c)	Las transformaciones aportadas por la economía capitalista	18
D.3	Mitos y creencias actuales sobre la salud y la sexualidad femenina	19
III	TENDENCIAS OBSERVADAS EN LAS ENTREVISTAS A TOMADORES DE DECISIÓN Y LÍDERES DE BASE Y LA ENCUESTA DE OPINIÓN	21
E	Datos generales	21
E.1	De las entrevistas	21
E.2	De las encuestas	21
F	La práctica cultural en salud	22
F.1	La percepción sociocultural favorece la medicina curativa	23
F.2	Prácticas familiares de salud	24
F.2.a)	Instituciones o personas que cuidaron el último embarazo	24
F.2.b)	Atención del último parto	24
F.2.c)	Forma de pago del servicio de atención del parto	25
F.2.d)	Formas en que resuelven las emergencias económicas en la familia	25
F.3	El rol de las parteras	25
G	Conocimientos generales del FONMAT	26
G.1	Conocimiento de los lineamientos generales del FONMAT	26
G.2	Conocimiento de las bases generales del financiamiento	26
G.3	Conocimiento de los objetivos y posibles alcances del FONMAT	27
H	Voluntad política	27
H.1	Opinión sobre la importancia estratégica del FONMAT para el MINSA y para la población destinataria del programa	27
H.2	Relación del paquete de servicios y las actividades de promoción del FONMAT con las tareas del MINSA	27
H.3	Condiciones del MINSA para apoyar e impulsar el FONMAT en el mediano plazo	28
H.4	La coordinación con terceros	28

I	Sostenibilidad	29
I.1	Sobre las estrategias de financiamiento definidas por el programa	29
I.2	Sobre la gestión de recursos para el funcionamiento del FONMAT en el mediano plazo	30
I.3	Sobre la necesidad y posibilidad del aporte material o económico de las comunidades	30
I.4	Sobre el aporte económico de la población para asegurar el esquema de aseguramiento de las mujeres embarazadas y los niños menores de un año	31
I.4.a)	Disposición de aportar para lograr mejor atención a mujeres embarazadas y niños	31
I.4.b)	Relación entre calidad de atención recibida y disposición de pago por los servicios	32
I.4.c)	Formas de aporte	32
I.4.d)	Periodicidad del pago de la cuota y cantidad	32
I.4.e)	Actividades para coleccionar fondos	33
I.4.f)	Otros casos de contribución voluntaria	33
I.4.g)	Otras iniciativas de cooperación	33
I.5	Sobre los riesgos, amenazas y problemas que podría enfrentar el FONMAT en el mediano plazo	33
J	Relación entre el MINSA y el FONMAT	34
K	Sobre el monitoreo y evaluación de la calidad	35
K.1	Sobre el sistema de información	35
K.2	Sobre los logros en la aplicación de sistemas de monitoreo y evaluación del MINSA en programas de salud materno infantil	36
K.3	Sobre las limitaciones en la aplicación de estos sistemas de monitoreo y evaluación	36
K.4	Opiniones de la población sobre la calidad del servicio	37
K.5	Sobre los métodos de control de calidad	37
K.6	Sobre los indicadores	38
K.7	Sobre el sistema de referencias y contrarreferencias	38
L	Promoción del FONMAT	39
L.1	Sobre las condiciones más favorables para la implantación del FONMAT	39
L.2	Sobre la situación de la participación ciudadana	40
L.3	Sobre los compromisos y acuerdos más importantes que habrían de establecerse entre el MINSA y las comunidades para asegurar el funcionamiento del FONMAT	41
L.4	Sobre la relación entre el FONMAT y las comunidades a las que atenderá el programa	41
L.5	Sobre la promoción del paquete de servicios e intervenciones que conforman el FONMAT en el MINSA	42
L.6	Sobre la promoción del paquete de servicios que conforman el FONMAT en las comunidades	42
L.7	Inversión de los aportes en efectivo	43
L.8	Modelos de aporte comunitario	43
L.8.a)	La colecta solidaria	43
L.8.b)	El fondo de prevención sanitaria	43
L.8.c)	Las casas maternas	44
L.8.d)	El albergue materno	44
L.8.e)	Las casas base	44
L.8.f)	Los clubes de madres	44
L.8.g)	El aporte en trabajo	44
L.9	Aporte comunitario al sistema de referencias y contrarreferencias	45
L.10	Participación de la comunidad en el análisis del desempeño y el pago de incentivos	45
IV	CONCLUSIONES	47
ANEXOS		
NO. 1	CUADROS ESTADÍSTICOS ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS	52
NO. 2	BOLETA de ENCUESTA DE OPINION DE USUARIOS	76
NO. 3	LISTA DE ENTREVISTADOS	79
BIBLIOGRAFÍA		81

I RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Para cumplir los compromisos asumidos en el contrato EMD.9.176.00-J con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de apoyar al Programa Fondo de Maternidad e Infancia Seguros (FONMAT) en la definición de mecanismos de monitoreo y evaluación, actividades de promoción comunitaria y modalidades prácticas de participación comunitaria, el Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana de Nicaragua (CASC – UCA) realizó un estudio de la dimensión sociocultural del tema de la atención materno infantil en los departamentos y municipios involucrados en el Programa.

Se trata de una primera aproximación a la realidad, a las percepciones que sobre el FONMAT tiene el personal nacional y territorial del Ministerio de Salud (MINSA), los potenciales proveedores de servicios, las organizaciones sociales y comunitarias y los usuarios. Además, se obtuvo información de primera mano sobre las condiciones actuales y potenciales para la ejecución del Programa.

En esta primera parte del informe se presenta un resumen de los principales hallazgos del trabajo de campo.

A LA PRACTICA CULTURAL EN SALUD

Las percepciones y prácticas socioculturales de la población meta favorecen la medicina curativa sobre la preventiva. La tendencia es acceder al servicio sólo en caso de enfermedad y la mayoría de la población sigue pensando que se enferma por razones sobrenaturales y que es inútil prevenir.

La asistencia a las unidades de salud esta matizada por una serie de mitos, creencias y realidades interrelacionadas. Muchas mujeres no asisten a las unidades de salud por vergüenza, ignorancia, impedimento del cónyuge o insatisfacción con el servicio. La incomodidad, la pérdida de tiempo y el mal trato suelen aislar a las mujeres rurales, pero también pesan mucho los prejuicios, las diferencias culturales entre médicos y pacientes, y el miedo a la imagen de las unidades de salud y de las mismas prácticas médicas.

La preparación del parto en los territorios visitados suele ser muy limitada. La gente procura alistar, a menudo sin mucho éxito, los efectos o enseres mínimos para el niño o niña que va a nacer y también espera que las parteras dispongan del instrumental mínimo para el parto, el cual suele ser absolutamente insuficiente.

Las parteras o comadronas suelen gozar de un sólido prestigio en la comunidad y mucha gente las prefiere. Las parturientas suelen sentirse amparadas por estas mujeres. En la comunidad ellas ofrecen un servicio que el sistema público de salud no está en capacidad de sustituir, pues además de atender el parto, brindan apoyo moral y ayuda en las labores de la casa.

B CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EL FONMAT

Hay un dominio aceptable de los lineamientos generales y objetivos del FONMAT. Este dominio es superior entre los funcionarios nacionales e intermedios entrevistados; en los puestos de salud y hospitales la información es mínima y los líderes de base no manejan información alguna.

No existe suficiente dominio de los aspectos novedosos del FONMAT. En los SILAIS y los centros de salud se identifica como un programa que ayudará a resolver los actuales problemas de la atención materno infantil. El personal de los puestos tiene muchas expectativas del impacto y espera que el Programa ayude a mejorar la infraestructura, el abastecimiento técnico-material y los suministros médicos.

El tema de las bases generales del financiamiento del FONMAT se maneja de manera muy restringida. En la Secretaría General del MINSA existe plena conciencia del tema y sus consecuencias, pero, a escala intermedia y de base se entiende como un asunto por el cual debe responder el nivel central.

C VOLUNTAD POLITICA

El FONMAT cuenta con amplio respaldo de las estructuras del MINSA para su aplicación. Las autoridades nacionales del MINSA lo ven pertinente dentro de la estrategia general de reducción y descentralización del sector público de salud. En los ámbitos intermedios y de base se observa una amplia disposición para echarlo a andar.

En el MINSA existen condiciones objetivas y subjetivas para la aplicación del FONMAT. Estas condiciones resultan de la visión de desarrollo de los servicios de salud que se ha venido construyendo en el MINSA, la experiencia en la gestión de proyectos de atención materno infantil y la apropiación del Programa por parte del personal de base.

Los niveles intermedios y territoriales del MINSA están abiertos a la posibilidad de contratación de servicios de proveedores complementarios. Es una relación considerada necesaria y, de hecho, muchos de estos organismos ya colaboran estrechamente con las instancias territoriales en muchos aspectos de la atención materno infantil.

D SOSTENIBILIDAD DEL FONMAT

El MINSA no cuenta con una estrategia de aseguramiento del presupuesto del FONMAT. Existen vacíos y dudas sobre las posibilidades de la institución para suplir la reducción gradual de los presupuestos del Programa para los años subsiguientes. En los niveles intermedios y de base no le prestan la debida atención a este tema del financiamiento y se tiende a considerar que la cooperación externa siempre estará funcionando por una u otra vía.

En el ámbito territorial se percibe intensamente la necesidad del aporte comunitario. En las estructuras de salud pública se considera necesario que la comunidad comience a asumir los costos de los servicios de salud. De hecho, dicho aporte ha sido clave en el sostenimiento de las actividades básicas de los servicios de salud.

Existe voluntad de la población de colaborar con la promoción de la salud en sus comunidades. La participación económica está limitada por razones legales, económicas, socioculturales y de oposición sindical, pero, la población tiene disposición de aportar mano de obra y otras formas de trabajo voluntario. Por esa vía no habrá ninguna dificultad para que las unidades de salud puedan cumplir el aporte del 5% de la comunidad al presupuesto del Programa.

La principal amenaza a la sostenibilidad del FONMAT radica en las limitaciones presupuestarias del sector salud. Asimismo, no deben perderse de vista las dificultades del proceso de reformas del sector, las posibilidades de conflictos laborales, la resistencia a los cambios, las contradicciones entre los niveles central e intermedio del MINSA, las condiciones climatológicas y las limitaciones de infraestructura vial.

E RELACION ENTRE EL MINSA Y EL FONMAT

El Programa se percibe como parte integrante del MINSA pero con algunos prejuicios. Se debe tener presente el prejuicio que suele existir en las instituciones públicas con el personal de este tipo de proyectos y programas que cuenta con mejores salarios y distintas obligaciones. Además, algunas de las autoridades intermedias del MINSA piensan que el SILAIS debe tener completa injerencia en el Programa y que, por tanto, el agente de cambio debe incorporarse orgánicamente, como parte de la dirección de atención materno infantil y subordinado a ella.

Además del propio personal de salud, los promotores más idóneos del Programa deberían ser los brigadistas. De ellos la gente se ha acostumbrado a recibir información y orientaciones sobre temas sanitarios. La promoción también podrá involucrar a los demás líderes comunitarios, con la ventaja de que no implica mayor movilización institucional de recursos materiales y financieros.

La mayoría de los líderes apuntan hacia un aporte en trabajo de la comunidad. Existen muchas formas, pero el modelo más tradicional de aporte económico de la población campesina es la colecta. Esta podría ser la base para la formación de fondos preventivos para asumir traslados de pacientes, comprar insumos sanitarios, hacer mejoras o darle mantenimiento a las unidades de salud. Estas obras pueden involucrar a toda la comunidad, incluyendo el aporte de materiales, equipos, herramientas de construcción y transporte e instalaciones, así como el apoyo a la gestión de los brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios.

II INTRODUCCIÓN

A EL FONMAT Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

En la Política Nacional de Salud 1997 – 2002², el Gobierno de la República y el Ministerio de Salud (MINSA) se plantean como misión el alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental de la población, haciendo el sistema más accesible, más equitativo y más eficiente, especialmente para las mujeres, la niñez y la adolescencia, y dando prioridad a los programas de atención primaria.

Así mismo, entre los retos del MINSA para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional se consideran, entre otras cosas:

- Incorporar nuevas modalidades de organización y gestión;
- Implementar nuevas alternativas de financiamiento, y
- Profundizar la descentralización municipal, potenciando la participación de instituciones y grupos sociales en el abordaje y solución de los problemas de salud de la población y el ambiente, tomando en consideración sus intereses, prioridades y características socioculturales.

En la mencionada Política Nacional de Salud se asegura que el proceso de descentralización se debe profundizar hacia los municipios, a fin de acercar las decisiones prioritarias en cuanto a la atención sanitaria de los problemas de salud.

Para ello los municipios adquieren funciones en cuanto a:

- La promoción de la participación ciudadana y comunitaria en los niveles locales correspondientes, a través de las diferentes organizaciones de los municipios;
- El establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial, y
- La ejecución de acciones integrales a grupos de población en riesgo y población en pobreza.

Sobre ese primer aspecto de la participación ciudadana y comunitaria, en el texto de dicha política se señala que es “Condición indispensable para la modernización del Ministerio de Salud el desarrollo e implementación de mecanismos e instancias donde los usuarios participen activa, responsable y organizadamente en la planificación, gestión y control en los diferentes niveles del sistema. (...) En el nivel local el Ministerio fomentará el reconocimiento de los diferentes actores, agentes e instrumentos de la sociedad que producen salud, dando participación a la comunidad en los diferentes niveles operativos.”³

Al respecto, el Fondo de Maternidad e Infancia Seguros (FONMAT), como tercer componente del Programa de Modernización de la Red Hospitalaria del MINSA, que patrocina el BID, está destinado a fortalecer el financiamiento, modernizar la gerencia e incrementar la calidad y cobertura de la atención materna y del infante en municipios con mayores índices de pobreza y de mortalidad materna del país, incluyendo comunidades indígenas. En esa línea, el FONMAT financiará a prestadores públicos y privados para que ofrezcan y gestionen un paquete de atención a la salud durante el embarazo, parto, puerperio y primer año de vida del infante.⁴

² Cf. Gobierno de Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1997-2002. Managua, MINSA, 1997.

³ En Op. Cit. P. 52

⁴ Cf. Ministerio de Salud. Proyecto Modernización del sector salud 1999 – 2002. Componente III, Fondo para la maternidad e infancia seguros (FONMAT). Fotocopia sin fecha.

El FONMAT persigue los siguientes objetivos específicos:

- Garantizar la provisión de un paquete de servicios de alta calidad para la atención del embarazo, parto, puerperio y el infante (menor de un año), particularmente en zonas de difícil acceso a servicios de salud.
- Mejorar la eficiencia de coordinación entre proveedores de servicios de salud.
- Facilitar el acceso a servicios mediante estrategias de apoyo comunitario.
- Mejorar el sistema de referencia y contrareferencia entre el primer nivel de atención y los hospitales.

Entre tanto, el paquete mínimo de atención materna y perinatal del programa contiene lo siguiente:

- Atención del embarazo, el parto, el puerperio y el neonato normales, y
- Atención del embarazo, el parto, el puerperio y el neonato con complicaciones.

El Programa tiene dos innovaciones importantes: la contratación de proveedores gestores y el aporte comunitario en efectivo o especie (pago).

B LA CONSULTORÍA DEL CASC – UCA

El Centro de Análisis Socio Cultural (CASC), fundado en 1983 y adscrito a la Universidad Centroamericana (UCA), es un centro de investigaciones cuya finalidad fundamental es estudiar el factor cultural en las relaciones sociales. En su marco de actividades realiza acciones de formación, a nivel de posgrado, para tomadores de decisiones y administradores de políticas; diseña y ejecuta investigaciones socioculturales relacionadas con temas de población y desarrollo, descentralización y participación ciudadana, derechos y salud sexual y reproductiva, y otros temas relacionados.

Con vistas al cumplimiento de los objetivos del FONMAT, la Oferta Técnica Económica⁵ incorporada en el contrato EMD.9.176.00-J define el trabajo del CASC - UCA como un apoyo al equipo del FONMAT en el diseño y piloteo de estudios y otros diagnósticos que se necesitan para el fomento de la participación comunitaria en el marco del FONMAT.

En ese sentido, se plantea que el equipo del CASC - UCA se dedique a la definición de:

- Mecanismos de monitoreo y evaluación;
- Actividades de promoción comunitaria; y
- Modalidades prácticas de participación comunitaria (en términos de financiamiento, referencia / emergencias, prestación de servicios, etc.)

Concretamente, el equipo consultor del CASC - UCA diseñará y elaborará los siguientes instrumentos técnicos:

- Indicadores y técnicas de investigación cualitativas para integrar en la guía metodológica del monitoreo y evaluación del FONMAT (por ejemplo CAP, uso de grupos focales, entrevistas con informantes claves, etc.) diseñados;
- Estudios de satisfacción de usuarios diseñados;
- Equipos de monitoreo y evaluación de los dos primeros SILAIS seleccionados capacitados en las técnicas cualitativas;
- Actividades de promoción comunitarias definidas;
- Métodos para fomentar la opinión pública favorable hacia la financiación comunitaria diseñados;

⁵ Véase CASC – UCA. Desarrollo de estudios para el fomento de la participación comunitaria del Fondo para la maternidad e infancia seguros. Oferta técnica económica. Managua, Nicaragua, agosto de 1999.

- Métodos para conformar la perspectiva comunitaria sobre los riesgos y prioridades que quieren ver cubiertos sobre la base de sus aportes diseñados;
- Modelos de aporte comunitario adaptados a las condiciones de vida y trabajo de las comunidades seleccionadas diseñados;
- Modelos de aporte comunitario para la agilización del sistema de referencia del nivel comunitario al primer nivel de atención y del primer nivel de atención al nivel hospitalario identificados; y
- Modelos para involucrar a la comunidad en el análisis del desempeño y pago de incentivos a los equipos de salud identificados.

Además, se plantea la participación del equipo consultor del CASC – UCA en el desarrollo de las siguientes actividades:

- El diseño y supervisión de los estudios de línea de base para los dos primeros subproyectos;
- La elaboración de la guía metodológica de monitoreo y evaluación de FONMAT;
- El análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones metas de FONMAT, así como de los profesionales de salud involucrados en la red de servicios materno infantil públicos y privados;
- La identificación de los principales obstáculos para los mecanismos de referencia y contrarreferencia desde el nivel comunitario hasta el segundo nivel;
- La identificación y análisis de fallas en la calidad de los servicios en relación con actitudes y prácticas de los profesionales de salud;
- La capacitación de los dos proveedores gestores (PG's) y el personal del MINSA (equipo FONMAT y de los SILAIS) en las técnicas cualitativas de monitoreo y evaluación;
- La definición de las estrategias apropiadas para fomentar la participación comunitaria en el FONMAT.

Para tener un primer acercamiento a la realidad el equipo consultor se planteó la realización, durante los tres primeros meses de trabajo, de un estudio de la dimensión sociocultural del tema. Era un estudio que pretendía profundizar las percepciones y actitudes de los técnicos nacionales y territoriales del MINSA (como institución, como gremio, como sindicato), los potenciales proveedores gestores del Programa, las organizaciones sociales y comunitarias, y los usuarios sobre el FONMAT, así como las condiciones para su ejecución y potencial.

Este estudio incluía:

- Entrevistas de aproximación a las percepciones, intereses, expectativas, conocimientos, actitudes y prácticas de los actores directos del proceso al nivel nacional, departamental y municipal.
- Sondeo de opinión de los usuarios sobre la prestación actual de servicios de salud y de las posibilidades, capacidades y formas de contribución comunitaria a la mejora de dichos sistemas en el marco del FONMAT.
- Estudio bibliográfico sobre la estructura económica y social de las zonas de influencia del Programa, sistemas de valores, costumbres y prácticas médicas, experiencias de proyectos similares (diseños, sistemas y técnicas aplicados).

B.1 LAS ENTREVISTAS

Como primer paso para de este trabajo se previó la realización de 62 entrevistas a los actores directos del proceso en los ámbitos nacional (autoridades y técnicos del MINSA y el FONMAT), departamental (directores y funcionarios de los SILAIS y directivos de ONG's vinculados a la gestión y promoción de salud comunitaria) y municipal (promotores y líderes comunitarios).

El propósito de estas entrevistas era lograr una aproximación a los intereses, percepciones y prácticas culturales de los actores nacionales, departamentales y municipales del FONMAT, así como a las condiciones de vida y trabajo de las comunidades, a partir de actores y observadores externos al sistema.

B.2 EL SONDEO DE OPINIÓN

Además, se planteó la realización de un sondeo de opinión entre los usuarios con el propósito de obtener una primera aproximación a la opinión ciudadana sobre la prestación actual de servicios de atención primaria en salud y de hospitales a madres e infantes, así como de las posibilidades, capacidades y formas de contribución comunitaria a la mejora de dichos sistemas en el marco del FONMAT.

La encuesta incluiría unos 396 beneficiarios directos e indirectos del Programa (mujeres en edad fértil y sus parejas, parteras, brigadistas y promotores de salud comunitaria) distribuidos proporcionalmente entre los ocho municipios seleccionados.

Al final, el esfuerzo de la encuesta se centró en las mujeres en edad fértil (de entre 15 y 49 años) y los hombres padres potenciales (200 de cada sexo, para un total de 400 encuestas). Cubriendo a las parteras, brigadistas y promotores de salud únicamente por la vía de las entrevistas.

B.3 EL ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO

Complementariamente, se realizó un estudio bibliográfico de los documentos del Programa y otros documentos relacionados con el tema de la atención materno infantil y las percepciones socio culturales que procuraba profundizar en las posibilidades de la Política Nacional de Salud y otros factores que podrían incidir en el éxito o fracaso del Programa (Véase Bibliografía al final del documento).

C CARACTERÍSTICAS DE LOS DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS SELECCIONADOS

C.1 ANTECEDENTES SOBRE NICARAGUA

Nicaragua tiene una población aproximada de cinco millones de habitantes⁶, desigualmente repartida en el territorio nacional, concentrándose fundamentalmente en el tercio occidental del país (zonas del Pacífico y centro) y particularmente en Managua, donde habita el 30% del total nacional. Con una población urbana del 54.4% y un ingreso anual per cápita de US\$449.00, Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe, después de Haití. La distribución del ingreso es muy desigual y la pobreza está muy extendida. La pobreza crónica (sin ingresos suficientes y con necesidades básicas insatisfechas) y reciente (sin ingresos suficientes) han aumentado en el país. En 1996, en la zona urbana el 78% de la población (2.4 millones) vivía en la pobreza y 43% en pobreza crónica, con alrededor del 60% viviendo en condiciones de hacinamiento. Entre los grupos más afectados se encuentran los niños y niñas menores de 14 años, que en el área urbana representan el 50% de los pobres, mientras que en la rural superan el 80%.

Entre tanto, la reducción del gasto social, consecuencia de las medidas de ajuste estructural, afecta negativamente el acceso a la salud, la educación y el empleo estable. En 1995, el desempleo abierto llegaba a 17%, con sólo un 28% de población ocupada.⁷

⁶ Véase INEC. Proyecciones de población. Managua, septiembre 1999 (5,071,671 habitantes para el año 2000).

⁷ C.f. FNUAP. Estado de la Población Mundial 1999. Resumen Ejecutivo. Managua, 1999. INEC y MINSA. Encuesta nicaragüense de demografía y salud. Managua, 1999. MINSA, OPS y OMS. Datos básicos e indicadores de salud. Managua, 1998. Bitrán, R. et al. MINSA. BID. Evaluación económica. Programa de apoyo a la modernización de la red hospitalaria. Fotocopia. Managua, 1998.

Según el Fondo de Inversión Social (FISE) de Nicaragua⁸, el mapa de pobreza para el período 1998 – 2001, de los 145 municipios en que estaba dividido el país⁹, 44 estaban en estado de pobreza extrema, con ingresos per cápita inferiores a doscientos dos dólares, 69 estaban clasificados en estado de pobreza alta y 34 en estado de pobreza media y menor. Así mismo, la casi totalidad de los municipios están aislados y afectados por una serie de factores como las secuelas de la guerra, la lejanía, la frontera agrícola, las zonas de reserva o amortiguamiento, la falta de acceso a servicios básicos indispensables y la existencia de riesgos o consecuencias de un desastre natural, entre otros.

La esperanza de vida al nacer era de 67.9 años para el período 1995-2000 (65.6 años para los hombres y 70.4 para las mujeres). En las zonas rurales la esperanza de vida es casi diez años menor que en las zonas urbanas. En 1998 se notificaba que la mortalidad infantil era de 40 por mil nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad en los menores de un año son las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas. En 1997, se estimaba una tasa de mortalidad materna de alrededor de 139 por cada cien mil nacidos vivos. En 1996, las causas más importantes de la mortalidad materna fueron la hemorragia posparto y la enfermedad hipertensiva del embarazo. La incidencia de las enfermedades que pueden ser prevenidas por vacunación (poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria y tétanos) muestra una tendencia al descenso en la última década.

Más de la tercera parte de la pérdida de años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) es debida a enfermedades transmisibles y relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. De estos, el 75% afecta a la población menor de cinco años. Entre las causas más frecuentes están las enfermedades transmisibles (malaria, dengue, diarrea, infección respiratoria aguda), las causas perinatales (asfixia y trauma intraparto) y las complicaciones del embarazo y el puerperio.¹⁰

C.2 SOBRE LOS DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS SELECCIONADOS

En la página siguiente (Cuadro No. 1) se presentan algunos datos de población, índices de pobreza, producción de servicios y mortalidad materno infantil de los departamentos seleccionados, en correspondencia con los criterios del FONMAT (Véase II. A. El FONMAT y la Política Nacional de Salud)

CUADRO NO. 1
DATOS DE POBLACIÓN Y POBREZA DE LOS DEPARTAMENTOS
SELECCIONADOS

SILAIS	Población 1995	No.Estimado de pobres 1995	Pobres rurales (%)	Brecha de pobreza (%)
Nueva Segovia	148,492	118,027	56	28.60
Chinandega	350,212	156,940	52	8.11
Jinotega	257,933	183,151	92	19.79
Matagalpa	383,776	282,578	69	22.03

Fuente: FISE, 1995.

⁸ En Arcia, G. et al. Mapa de pobreza municipal de Nicaragua. FISE. Managua, Nicaragua, 1996.

⁹ Desde febrero de 2000, los municipios del país suman 150 (Nota del investigador).

¹⁰ C.f. Bitrán, R. et al. MINSA. BID. Evaluación económica. Programa de apoyo a la modernización de la red hospitalaria. P. i. Fotocopia. Managua, 1998.

SILAIS	Partos institucionales 1998 (%) *	Control prenatal 1998(%)**	Niños en CCD 1998 (%)***	Tasa de mortalidad neonatal precoz 1998 ****
Nueva Segovia	45	87	174	12
Chinandega	42	80	120	15
Jinotega	22	60	90	9
Matagalpa	29	68	137	18

* Número de partos institucionales / partos esperados

** Primeros controles prenatales / embarazos esperados

*** Primeros controles de CCD / población menor de un año

**** Muerte neonatal precoz por mil nacidos vivos registrados

Fuente: MINSA. Dirección General de Planificación y Sistemas de Información, 1998.

A continuación, en el Cuadro No. 2, se presentan algunos datos de pobreza y condiciones de vida de los municipios seleccionados.

CUADRO NO. 2
DATOS DE POBREZA Y CONDICIONES DE VIDA
DE LOS MUNICIPIOS SELECCIONADOS

Municipios	Rango nacional	Pobres extremos (%)	Pobres (%)	No pobres (%)	Hacinamiento (%)	Servicios insuficientes (%)
JALAPA	75	60.7	27.1	12.2	44.5	45.6
San Juan de Cinco Pinos	63	64.0	26.0	10.1	49.4	52.4
Santo Tomás del Nance	49	68.7	25.1	6.2	48.7	64.8
Somotillo	69	62.6	25.9	11.6	42.4	51.4
San Sebastián de Yalí	34	73.3	18.8	8.0	49.4	68.2
San Rafael del Norte	60	64.6	26.0	9.4	41.5	61.7
La Concordia	81	58.2	28.9	12.9	40.6	43.9
San Ramón	40	71.4	20.1	8.6	49.5	58.0

Fuente: Secretaría de Acción Social, basándose en el Censo de Población y Vivienda 1995.

D BASES CULTURALES DE LA PARTICIPACION CIUDADANA EN EL FONMAT

D.1 INCIDENCIA DE LA CULTURA EN LOS PROCESOS DE CAMBIO SOCIAL

En países como el nuestro, las posibilidades y la viabilidad de los cambios necesarios para provocar transformaciones sociales que incidan en la calidad de vida de la población muestran la necesidad de contar con las ideas, actitudes, valores, mentalidades y representaciones de los actores sociales. Es indudable que los cambios tienen condicionantes culturales o cualitativos que no pueden perderse de vista a la hora de provocarlos, y ello tiene una gran importancia para tomadores de decisiones e ejecutores de proyectos.

En efecto, todos los involucrados en procesos de planificación y evaluación saben que las políticas, programas y proyectos no se ejecutan tal como fueron diseñados. Ello no se debe sólo a defectos de formulación o imponderables difíciles de prever en la formulación inicial, sino también a que la ejecución pasa por actores sociales que tienen sus propias representaciones o ideas organizadas en mentalidades que hacen de mediadoras entre la política y la ejecución. Las posibilidades de éxito son mayores en la medida que se conoce dicho factor.

Esto es así porque consciente o inconscientemente toda política, programa o proyecto supone explícita o implícitamente la modificación de actitudes y comportamientos. Sin embargo, no siempre suele estudiarse previamente el sustrato o representaciones culturales de los agentes o las poblaciones meta (que orientan sus conductas y prácticas sociales por dichas representaciones) para tenerlo en cuenta en la formulación de la política, el programa o el proyecto. En otros casos, la ejecución de proyectos no consigue modificaciones sustantivas de representaciones, comportamientos y prácticas, a pesar de establecerse como objetivo explícito del proyecto. Las razones de estas situaciones residen con frecuencia en un desconocimiento del factor cultural o subjetivo de los procesos, los cuales no son debidamente identificados por las metodologías cuantitativas tradicionales.

El entorno también es importante. Con frecuencia, los cambios esperados en el proyecto no dependen exclusivamente de este, sino de cambios importantes en el contexto social de la llamada población meta. Esto debe tenerse presente para no caer en falsas expectativas o frustraciones.

Estudios anteriores del CASC – UCA han demostrado que las mentalidades tradicionales, con fuerte influencia de un pensamiento mítico y ausencia de análisis social, cambian hasta que se completan los estudios secundarios. Esto debe ser tomado en cuenta en la definición de políticas, su programación y conversión en proyectos por los funcionarios y los mismos ejecutores de proyectos que enfrentan cotidianamente la problemática de la población meta. Ellos deben conocer cuales representaciones influyen en el ámbito de su accionar y hasta que punto las mismas se oponen, retardan o facilitan la implementación de sus programas. En otras palabras, la cultura es un factor fundamental que no puede perderse de vista en los proyectos y programas. La práctica indica que su desconocimiento conduce muchas veces a graves equivocaciones en la aplicación de los programas o políticas o por lo menos al desperdicio de oportunidades magníficas, por las cuales se dejan de obtener logros importantes o se dificulta innecesariamente el cumplimiento de objetivos.¹¹

D.2 REPRESENTACIONES CULTURALES DE LA SALUD EN NICARAGUA

Los propósitos del Gobierno Central y el MINSA de alcanzar el máximo nivel posible de bienestar físico y mental en la población, y del FONMAT de asegurar la mayor calidad en los servicios de atención del embarazo, parto, puerperio y el niño menor de un año, no pueden realizarse al margen de las representaciones culturales que sobre la salud se construyen los nicaragüenses, sobre todo cuando una de las estrategias principales del Programa se sustenta en el apoyo comunitario.

¹¹ Para ampliación léase Ortega Hegg, Manuel. Notas sobre el enfoque cualitativo y su aplicación en la evaluación de proyectos. CASC – UCA. Serie metodología No. 5. Managua. Documento mimeografiado, 1997.

Así mismo, en un estudio reciente (véase Rocha, J. L. Rasgos culturales y desarrollo de la PYMES. En Revista Encuentro No.50. Managua, Nicaragua. Imprenta UCA, 1999.), José Luis Rocha describe la mentalidad popular de los nicaragüenses como una mentalidad plagada de expresiones culturales como el providencialismo, la picareza y el oportunismo, la vivacidad, la valentía, la generosidad y la franqueza, rasgos culturales que en sí mismos no son positivos o negativos y cuyo aprovechamiento como recurso depende siempre de la capacidad innovadora, organizativa y publicitaria de los programas para desatarlas, capitalizarlas y canalizarlas adecuadamente.

El providencialismo lo explica como atribución de causas sobrenaturales a los sucesos y la picareza como cultura de no pago (originada en la desconfianza del indígena al colonizador y afianzada en la década de los ochenta por el paternalismo del Estado revolucionario, que persisten en la actual relación entre el campesino y los programas del Estado y aún se nutre de la polarización política en todos los niveles). El oportunismo se verificaría en la corrupción o cultura de robo a pequeña y gran escala.

Siguiendo la lógica de Rocha, podrían revertirse a favor del Programa la vivacidad, la valentía, la generosidad y la franqueza, correspondiendo a los técnicos y agentes de cambio descubrir, a través de una estrecha y permanente relación con los procesos, en todos los niveles, los resortes que los mueven y los pueden convertir en favorables para los intereses y objetivos del FONMAT. La vivacidad del nicaragüense, unida a la necesaria calidad del servicio, podría contribuir a la promoción del programa y su difusión entre los usuarios y potenciales beneficiarios. La valentía ayudaría a superar la desconfianza y la superación de las condiciones adversas. La generosidad daría lugar al aporte solidario en recursos materiales y humanos. La franqueza permitiría a ayudar a identificar primero y a evaluar después a los actores, gestores o colaboradores claves en el impulso de los subprogramas.

Las representaciones culturales que tienen los grupos humanos de la salud incluyen la interpretación que ellos dan a su origen y ejercen una influencia decisiva sobre sus prácticas sanitarias, de higiene y manejo de las enfermedades. Las observaciones que por años han realizado los investigadores del CASC – UCA y otros estudiosos del tema sobre esas prácticas y las creencias que les sostienen enseñan que coexisten diferentes sistemas de representaciones y prácticas culturales de la salud: algunas heredadas de la época precolombina, que continuaron reproduciéndose en el seno del sincretismo religioso surgido durante la colonización española, y otras influenciadas por el desarrollo de la medicina científica a las que se le han insertado otros conocimientos originados en la cultura popular.

D.2.a) Las representaciones culturales precolombinas

Para los aborígenes, la salud consistía en el equilibrio armonioso de las facultades orgánicas, sensitivas e intelectuales. Según el Popol Vuh, la antigua crónica maya sobre el origen del mundo, la salud es "la expresión de una concordancia perfecta entre el individuo y las divinidades (*teotes*)."¹² Por consiguiente, la enfermedad es el fruto de un desequilibrio provocado por la transgresión de las normas que presiden la armonía del universo. "La disconformidad de los dioses y la desgracia que provoca se traducen en la ruptura del equilibrio en la salud de los individuos."¹³

Esta interpretación se encuentra también entre los aztecas, cuya influencia es neta en el Pacífico de Nicaragua, y entre los indígenas bolivianos, emparentados con los aborígenes del Caribe nicaragüense, lo que indica que se trata de un rasgo cultural fundamental.¹⁴ Para las poblaciones indígenas la enfermedad es un ataque a la vida, inscrita de la ruptura de un orden mágico. Cuando una falta es cometida esta debe reparada y esto sólo puede hacerse a través de distintos ritos y sacrificios.

En el interior de esta concepción, referida al mito global, se inscriben una serie de consideraciones sobre los mecanismos particulares. Para Dávila Bolaños¹⁵, son cinco los medios principales utilizadas por los dioses para castigar las faltas humanas, señaladas como vías para la penetración de las enfermedades:

- El *aire* (*Hecat*, dios del viento), origen de los males y los dolores súbitos;
- Las influencias exteriores, como los espíritus de las cosas inanimadas (un río, las piedras, un camino, un árbol), la fuerza que emana de un muerto o la mirada de ciertas personas capaces de causar enfermedades, como la diarrea en los niños¹⁶;
- La pérdida de la *fuerza vital* (del *tanal* o yo interno), cuando este abandona a la persona por razones diversas (durante el sueño o bajo el efecto de bebidas o drogas estimulantes);
- La enfermedad del *nagual* (el alter ego animal que todo humano lleva adentro), que contamina automáticamente a la persona con la que está identificado, y
- Los maleficios, que son enviados voluntariamente por enemigos que generalmente se valen de la mediación de un brujo.

A cada una de estas vías corresponden ciertos tipos de enfermedades e igualmente ciertos alardes específicos para su prevención y reversión, que incluyen el uso de amuletos, rituales precisos y utilización de un gran número de plantas medicinales. Entre ellos:

- El uso de talismanes para protegerse del *aire*;
- El no traslado de enfermos fuera de su casa para protegerse de los espíritus de los ríos o de las piedras;

¹² En Dávila Bolaños, A. La medicina precolombina en Nicaragua. P. 35. Estelí, 1974. Y en Thompson, J. E. Historia y religión de los mayas. P. 206. México, Siglo XXI, 1975.

¹³ En Houtart, F. y Lemercinier, G. Las representaciones de la salud en los grupos populares de Nicaragua. Revista Encuentro No.32. Pg. 41. Imprenta UCA, 1987.

¹⁴ Véase Andrews J. R. y Hassig R. Treatise on heathen superstitions, by Hernando Ruiz de Alarcón. P. 34. U. of Oklahoma Press, Norman, 1984. Y también Medicina tradicional de los Andes bolivianos. P. 109. Centre d'Etudes bio-éthiques, Bruselas, Bélgica.

¹⁵ Cf. Dávila Bolaños, A. Op. Cit. P. 49 a 64.

¹⁶ Según Samuel Kirkland L. "Los indios creían firmemente que poseían el poder de matar con los ojos." En Kirkland, S. Las culturas indígenas prehispanas de Nicaragua y Costa Rica. En Brevarios de la cultura nicaragüense, Culturas indígenas de Nicaragua, Tomo I. P. 103. Editorial Hispamer. Managua, Nicaragua, 1998.

- Las mujeres en cinta por primera vez deben evitar que las vean;
- No asistir a entierros cuando se está enfermo;
- Cubrir la cabeza de los niños para evitar las *vistas calientes*, o hacerlos abrazar por las personas causantes de la *mala mirada* para sanarlos;
- Buscar la ayuda de un brujo, o curandero, para la realización del rito apropiado para anular un maleficio, o la prescripción de las hierbas correspondientes.

Las consecuencias sociales de la enfermedad son duramente resentidas, pero su interpretación también está ligada al modo de existencia de las enfermedades locales. Así, por ejemplo:

- Como la fertilidad aparece como un valor fundamental, la esterilidad femenina es considerada como un mal mayor y es socialmente sancionada. Su estado es el fruto de una falta y por ello las mujeres deben cumplir con todos los ritos y sacrificios necesarios para apaciguar a la divinidad ofendida.
- Las mujeres embarazadas guardan su estado en silencio, por miedo a que otra mujer, rival del amor del marido, pueda hacerle un maleficio que impida el nacimiento del niño matándolo en su seno.¹⁷
- La mujer soltera y embarazada por primera vez puede enviar maleficios en contra de todos los niños de la vecindad, ignorándolo ella misma. Pero sucede que sólo ellas pueden curar la mala influencia eliminando su propia mala suerte.

Además del hechicero y el curandero existe la figura de las comadronas o parteras, que suelen disfrutar de una sólida reputación basada en su considerable saber práctico. Se trata generalmente de mujeres que han superado la edad de la menopausia, de manera que "ya no son susceptibles de ocasionar ningún daño involuntario a los niños que ayudan a nacer."¹⁸

D.2.b) Las representaciones de la sociedad colonial

La presencia española significó una ruptura del poder político y una segmentación de las poblaciones locales al nivel de macroestructura, pero no significó ningún cambio en las expresiones y diferentes roles indígenas. La dominación cultural no transformó las formas de pensamiento, ni la organización social, ni la relación del aborigen con la naturaleza, tampoco lo hizo en la organización de la producción.

El catolicismo, como religión del nuevo poder, operaba como justificador de la empresa colonial y como regulador ético de las relaciones entre los dos grupos, introducido a través de diversos ritos de significación religiosa, entre ellos el del padrinaje.

Sobre las representaciones, sabemos que para los españoles de la época la salud era considerada como producto del equilibrio entre cuatro elementós: la bilis amarilla, la bilis negra, la sangre y los humores, que se combinan en cuatro modalidades en el cuerpo humano: el calor, el frío, la humedad y la sequedad. La enfermedad es el resultado de la pérdida de la armonía entre estos elementos y la salud no es otra cosa que el restablecimiento del equilibrio. La naturaleza de la enfermedad la determina el predominio de uno de los elementos sobre los demás, tipificando al paciente respectivamente como colérico, melancólico, sanguíneo o flemático.¹⁹

La organización de la medicina se basaba en este saber empírico típicamente medieval, pero estaba reservado a los españoles, aunque después se hizo extensivo a los mestizos. Para vigilar la práctica de los médicos indígenas y parteras se constituyó un consejo regulador, pero entonces aquellos se encontraban impotentes frente las nuevas enfermedades introducidas por la colonización.

¹⁷ Idem. P. 96.

¹⁸ Idem. P. 95.

¹⁹ C.f. Andrews J. R. y Hassing R. Op. Cit. P. 31 y 32.

La interpretación religiosa del universo de los colonizadores no introdujo ningún cambio sustancial. Los cambios fueron de forma: los santos reemplazaron a los dioses indígenas como patronos de las fiestas agrícolas y las distintas entidades sociales, asumiendo prácticamente las mismas funciones de las antiguas divinidades tutelares. La enfermedad continuó siendo vista como resultado de un castigo debido a un pecado. A veces es el santo que se venga cuando alguien no ha cumplido la promesa hecha para obtener un favor o, a menudo, para lograr una curación.²⁰

En el interior de esta explicación general se ubican nuevamente las causas particulares que provocan las enfermedades:

- La *influencia lunar* actúa sobre la fecundidad o la esterilidad;
- Las *miradas calientes* de ciertas personas, sobre todo de las mujeres embarazadas, son susceptibles de provocar enfermedades en los niños;
- La brujería es el origen de la mala suerte y muchas enfermedades, los espantos (como la *cegua*, la *taconuda*, la *carreta nagua* o el *cadejo*) persiguen a los desplazados sociales. La magia ayuda a conjurarlas;

El carácter social de estas representaciones es evidente, porque además de buscar una explicación a los males que afligen a los seres humanos busca un tratamiento adecuado que trata de respetar las normas de la comunidad indispensables para la reproducción social del grupo, ahora formalmente cristiano.

Los nuevos gestos rituales ganan el paso a los antiguos:

- El bautizo protege a los niños de los peligros de una muerte prematura;
- Para guardar o recuperar la salud se ora a los santos (ya sea al patrono local o al designado para curar una enfermedad específica);
- Las velas, las palmas, el crucifijo, el cordón de San Francisco, los escapularios, las imágenes sustituyen a sus equivalentes indígenas con funciones similares.

D.2.c) Las transformaciones aportadas por la economía capitalista

Las nuevas formas de producción económica transforman una parte de las relaciones sociales en las regiones rurales y tienen un efecto muy preciso sobre la organización de la salud, sobre todo en los centros urbanos y algunas áreas rurales de las regiones del Pacífico nicaragüense (principalmente en occidente). La medicina que se utiliza está inspirada en métodos científicos y se imponen los medicamentos de tipo químico, pero ambos se inscriben en la lógica capitalista de la sociedad: la medicina moderna es cara y prácticamente inaccesible a los sectores con menos recursos. Así, los avances en el campo de la salud no son suficientemente asimilados o percibidos por la mayoría de la población.

La organización social y los sistemas de reproducción económica que aún subsisten en el agro nicaragüense, así como las deficiencias que persisten en el terreno de la salud, ayudan a explicar porqué las representaciones tradicionales y las prácticas ancestrales continúan reproduciéndose. Con la introducción de la medicina científica se asiste a un cambio, pero este está casi exclusivamente reservado para las clases privilegiadas.²¹

Sin embargo, la divulgación y las campañas educativas han logrado introducir al *saber práctico* una serie de conceptos que hoy son aceptados por la mayoría de la población. Por ejemplo²²:

- Los insectos pueden transmitir enfermedades;
- Ciertas enfermedades son provocadas por microbios;
- La suciedad es una amenaza para la salud;

²⁰ Cf. Palma, M. Por los senderos míticos de Nicaragua. Managua, Nueva Nicaragua, 1984.

²¹ Cf. Houtart, F. y Lemercinier, G. Op. Cit. P. 46 a 48.

²² Idem. P. 52.

- Si una familia no usa letrinas puede contaminar el ambiente;
- Los alimentos en mal estado pueden enfermarnos;
- Las enfermedades cardíacas pueden ser consecuencia de una alimentación muy rica;
- El alcohol mata tanta gente como las enfermedades;
- El consumo de alcohol y tabaco puede incidir en la salud de los hijos;
- Ciertas enfermedades son consecuencia del envejecimiento de los órganos.

En realidad, hay una polarización de opiniones que indican que el campo cultural enfrenta una oposición entre la aceptación y el rechazo de las creencias tradicionales y existe un nuevo saber que atribuye a las enfermedades causas más objetivas. Sin embargo, esto no es suficiente para hacer que se derrumbe todo el edificio mítico construido desde hace siglos sobre el binomio salud-enfermedad.

En una investigación exploratoria, realizada por el CASC – UCA en 1984, se observaba como el conocimiento de tipo científico adquirido superficialmente no hacía más que complicar el mito tradicional. Así, por ejemplo, el *mal de ojo* es fruto de la atracción de los microbios y su inyección en el organismo por el *ojo* de determinada mujer.²³

Volviendo a Houtart y Lemercinier, se puede decir que “Las representaciones de la enfermedad o de la salud se inscriben en sistemas de representación amplios que pretenden interpretar las causas de las realidades en las que los actores sociales hacen la experiencia. En todas las sociedades estas representaciones desembocan también en prácticas curativas que siguen las normas institucionalizadas. Los sistemas de representaciones expresan la coherencia del pensamiento, sea mítico o científico, mientras que las prácticas manifiestan una racionalidad orientada en función de la eficacia inmediata.”²⁴

En las sociedades pre-científicas, el sistema de representaciones construido sobre la doble problemática de la enfermedad y la salud constituye una repuesta a una búsqueda de sentido. Es un auto-producto de grupos en el cual las causas de la enfermedad huyen del orden natural, o sea de causas físicas y biológicas, hacia la responsabilidad directa de los actores sociales, o lo que es lo mismo, hacia un orden cultural. Es decir, son construcciones que no sólo explican el fenómeno natural observado sino que también legitiman y regulan las relaciones sociales.

Así mismo, el discurso religioso sistémico sobre las causas de las enfermedades es una respuesta más racional y coherente en esa búsqueda de sentido, al tiempo que condiciona estrictamente las prácticas que le corresponden, como las devociones y los ritos. Esto permite explicar la paradoja de la coexistencia entre el saber práctico, que incluye un conocimiento médico de base científica, y la explicación mítica del origen de la enfermedad. El primero se relaciona con la relación del individuo con su propio cuerpo²⁵, la segunda está relacionada con las formas de control social.²⁶

D.3 MITOS Y CREENCIAS ACTUALES SOBRE LA SALUD Y LA SEXUALIDAD FEMENINA

Hay mitos y creencias sobre la sexualidad femenina (sus órganos reproductivos, la menstruación, el embarazo, el orgasmo y las relaciones sexuales) que afectan a todos los seres humanos, sobre todo al estrato cultural más bajo, pero del cual no escapan los mismos médicos.

²³ Cf. Representaciones socioculturales de la enfermedad y la salud. Hipótesis elaboradas en una región del Pacífico en Nicaragua. Manuscrito del CASC – UCA, 1984.

²⁴ En Houtart F. y Lemercinier G. Op. Cit. P. 62.

²⁵ La práctica común le enseña al individuo que el uso de antibióticos es el tratamiento indicado para combatir una infección ocular de origen bacteriano.

²⁶ La creencia en la mala suerte, o *mal de ojo*, atraída por un personaje generalmente femenino constituye una forma evidente de control socialmente construida para resolver conflictos en el seno de la familia o resolver simbólicamente las contradicciones en las sociedades de pequeñas dimensiones donde existen relaciones particularmente intensas entre los individuos, como en las localidades rurales y los barrios marginales de las zonas urbanas de Nicaragua.

Para la sicóloga clínica Ledía Gutiérrez²⁷, al útero se la han atribuido poderes misteriosos y se le han asignado la mayoría de las dolencias femeninas. Estas falsas concepciones del poder del útero determinan que algunas mujeres aún piensen erradamente que la histerectomía o la ligadura de trompas causan cambios en el comportamiento sexual. Algunas mujeres “operadas” pueden tomarse frías o apáticas en relación con los hechos sexuales y así perpetúan el mito de que las mujeres son seres creados alrededor del útero.

Para las mujeres de estratos más altos estos procedimientos pueden ser interpretados como una opción de disfrute sin el riesgo del embarazo, pero para la gran masa de la población, sobre todo la masculina, no tener útero es dejar de ser mujer, ser asexual. La práctica clínica indica que muchos hombres no vuelven a tener relaciones con sus mujeres después de una intervención de ese tipo. Incluso, “era común, a fines del siglo pasado, la extirpación del clítoris practicada por médicos dementes, para casos de ‘ninfomanía o masturbación insaciable’ o también la extirpación del útero y de los ovarios con fines ‘sicoterapéuticos’.”²⁸

En relación con la menstruación, hay quienes todavía la ven como “el llanto de un útero desengañado”²⁹, aunque históricamente se le han dado innumerables interpretaciones. Para la Lic. Gutiérrez la cultura judaica transmitió casi intacto el valor de que la mujer está impura durante esos días y debe abstenerse de todo contacto coital. Eso permitió que la menstruación fuese concebida como una enfermedad dolorosa, al punto que “la mayoría (de las mujeres) odian estar con la menstruación o regla.”³⁰

Pero estos mitos no están referidos sólo al supuesto hecho doloroso sino a las posibles consecuencias negativas de tipo orgánico. Por eso muchas mujeres creen que durante la menstruación, por “higiene”, no deben bañarse, tomar líquidos ácidos, hacer deportes (“agitarse”) y, mucho menos, tener relaciones sexuales.

Por otra parte, es de sobra conocido y compartido el mito de que la iniciación sexual (primera relación) es siempre traumática y dolorosa. Para la mayoría de las mujeres su educación está llena de mensajes prejuiciados en relación con lo sexual: la mujer debe ser casta y pudorosa, por ello teme que cualquier acción de su cuerpo femenino pueda traer consecuencias negativas. El orgasmo es reprimido o disimulado para evitar la censura de la pareja. Efectivamente, un organismo tenso y lleno de preocupaciones no puede acceder al placer, la vagina no lubrica y el cuerpo no sensualizado sólo puede experimentar dolor y angustia.

A la maternidad muchas mujeres acceden más por una imposición externa que por una decisión convencida y esto suele generar determinadas actitudes de la mujer embarazada ante la sexualidad. Así, más allá de cualquier disfrute de la feminidad que puede implicar el embarazo³¹, la creencia común identifica el embarazo como una enfermedad y a la mujer embarazada como una enferma, “fea” (deformada por obesidad o delgadez extrema) y además envejecida, en una imagen completamente ajena al deseo y el placer sexual, llena de excusas para disfrazar otros males o alteraciones, como las disfunciones sexuales, y justificar la negación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

Estos, entre otros, son algunos de los prejuicios y deformaciones de la realidad que deberán enfrentar y aprender a manejar los proveedores gestores y agentes de cambio del FONMAT en cada usuaria de los servicios de atención al embarazo, el parto y el puerperio, sus parejas, familias y vecinos.

A partir de la siguiente página se presentan las tendencias observadas en las entrevistas y la encuesta de opinión.

²⁷ Gutiérrez, L. Falsas creencias de la salud y la sexualidad femenina. En Salud y sexualidad, año 1, edición 23. El Nuevo Diario, P. 1 y 3. Managua, Nicaragua, 18 de febrero del 2000.

²⁸ Idem. P. 3.

²⁹ Idem. P. 3.

³⁰ Idem. P. 3.

³¹ Muchas mujeres afirman tener una actividad sexual placentera durante el embarazo. Idem. P. 3.

III TENDENCIAS OBSERVADAS EN LAS ENTREVISTAS A TOMADORES DE DECISIÓN Y LÍDERES DE BASE Y LA ENCUESTA DE OPINIÓN

E DATOS GENERALES

E.1 De las entrevistas

Con el propósito de lograr una aproximación a los intereses, percepciones y prácticas culturales de los actores del FONMAT, así como a las condiciones de vida y trabajo de las comunidades a beneficiar, entre la segunda semana de octubre y finales de noviembre del año pasado se realizaron 64 entrevistas que involucraron a 34 funcionarios de todos los niveles del Ministerio de Salud (MINSA), 12 funcionarios de ONG's y 16 líderes de base, entre otros personajes.

La distribución por departamento y los tipos base de entrevistados se pueden observar en el cuadro a continuación.

E.2 De las encuestas

Con el propósito de obtener una primera aproximación a la opinión ciudadana sobre la prestación actual de servicios de atención primaria a madres e infantes, así como de las posibilidades, capacidades y formas de contribución comunitaria a la mejora de dichos sistemas, se realizaron 400 encuestas en los ocho municipios seleccionados: San Ramón (80), San Rafael del Norte (40), San Sebastián de Yalí (40), La Concordia (40), San Juan de Cinco Pinos (40), Santo Tomás del Nance (40), Somotillo (40) y Jalapa (80).

CUADRO NO. 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS POR DEPARTAMENTO Y TIPOS BASE.

	NIVEL CENTRAL	MATA- GALPA	JINO- TEGA	NUEVA SEGOVIA	CHINAN- DEGA	TOTAL
Funcionarios del MINSA	1	5	8	12	8	34
Autoridades municipales	-	-	-	-	1	1
Funcionarios de ONG's	3	3	4	2	-	12
Empresas médicas	-	-	-	1	-	1
Líderes comunitarios	-	2	-	1	2	5
Líderes en salud comunitaria	-	2	1	3	5	11
Totales	4	12	13	19	16	64

Fuente: Elaboración propia CASC – UCA.

A continuación se detallan las características de los encuestados.

Distribución por sexo y lugar de residencia

De las 400 encuestas realizadas 200 (50.0%) se administraron a hombres y las otras 200 (50.0%) a mujeres. De este mismo total, 200 (50.0%) residen en el sector urbano y 200 (50.0%) en el sector rural. De los 200 hombres encuestados la mitad (el 50.0%) viven en el sector urbano y la otra mitad (50.0%) en el sector rural. En el caso de las 200 mujeres la distribución urbano rural es la misma que en los hombres.

Nivel de Escolaridad

El nivel de escolaridad de los encuestados es el siguiente: 108 (27.0%) tiene nivel de primaria incompleta; 95 (23.8%), secundaria incompleta; 79 (19.8%), primaria completa, y 40 (10.0%) son analfabetos.

Rangos de edad

La mayoría de los encuestados, un poco más de la mitad, tiene entre 20 y 30 años de edad; el 17.0% tiene de 31 a 35 años; el 11.7% de 13 a 19 años; el 10.2% de 36 a 40 años; el 6.5% de 41 a 45 años, y el 2.5% de 46 a 57 años.

Número de embarazos

Un poco más de la mitad de las 200 mujeres encuestadas han tenido entre uno y dos embarazos (55.0%) y un poco más de un cuarto (26.5%) de tres a cinco. El resto de las mujeres encuestadas han tenido más de cinco embarazos.

Número de hijos

Un poco más de la mitad del total de las encuestadas tienen uno o dos hijos; un poco más del tercio tienen entre tres y cinco hijos. Son relativamente pocas las encuestadas que reconocieron tener prole numerosa. De acuerdo a la cantidad de hijos expresadas no es significativa la diferencia entre el número de hijos que dicen los hombres y las mujeres.

F LA PRACTICA CULTURAL EN SALUD

*"Estoy bien si no me duele nada.
Estoy enfermo si me duele algo."³²*

En las entrevistas y la encuesta realizada se logró ahondar los intereses y percepciones de la población meta sobre la salud, sus prácticas familiares al respecto y el rol de las comadronas o parteras. A continuación se detallan algunos de estos elementos.

³² Respuesta de un campesino a la pregunta ¿Qué entiende Usted por salud y qué por enfermedad? Cf. Entrevista a Francisca Espinoza, Responsable de la Casa Materna de Jinotega.

F.I LA PERCEPCIÓN SOCIOCULTURAL FAVORECE LA MEDICINA CURATIVA

Como se ha explicado, las percepciones y mentalidades apoyan o entorpecen los procesos de innovación y cambio. En este caso, de las entrevistas se deduce la tendencia de la población de acceder al servicio sólo en caso de enfermedad, en una actitud que favorece la medicina curativa sobre la preventiva. Por un lado, el personal médico en general considera que la población no comprende el origen de las enfermedades y la necesidad del chequeo preventivo, por lo que muchas veces cumple algunas rutinas preventivas no por convencimiento sino por sentirse obligada por el Estado. Señalan que la falta de consciencia de la población, sobre la necesidad de prevenir y cumplir las prescripciones médicas, explicaría porque se caen los sistemas que no tienen buen seguimiento³³. Por el otro lado, la mayoría de la gente humilde de este país sigue pensando que se enferma porque Dios quiere o porque lo merece por algún pecado cometido o promesa incumplida y que por tanto no se puede hacer mucho por prevenir la enfermedad.³⁴

Así, aunque probablemente no haya un solo tipo de mentalidad sobre este asunto, la lógica de la mayoría de la población es acudir a la unidad de salud para curarse no para prevenir enfermedades o las posibles complicaciones de un parto. Además, cuando lo hace, la población rural prefiere la atención de los médicos a la del personal paramédico y en los núcleos urbanos la motivación de asistir crece con la presencia de especialistas (obstetras, ginecólogos o pediatras en el caso del área materno infantil) en las unidades de salud.³⁵

En la misma línea, de las entrevistas con los líderes de base (sanitarios y comunitarios) se infiere que cuando la gente participa en las campañas de higiene ambiental lo hace por sentirse obligada por un compromiso social con los brigadistas o la presión estatal, sin mayor comprensión de los mecanismos fisiológicos de las enfermedades. Además, se plantearon casos en que la asistencia a las unidades de salud y, sobre todo, a los hospitales se asocia con la muerte y, por ende, con una serie de mitos y creencias relacionadas. De esta forma, aunque incluso la gente más pobre parece reconocer la importancia del aseo, el poder terapéutico del agua y la importancia de su manejo adecuado para mantenerla limpia y potable, siempre subsisten prejuicios con relación a la ventilación, la humedad y el clima en general.³⁶

Las embarazadas, parturientas y mujeres en general, hacen igualmente eco del factor cultural y muchas no asisten a las unidades de salud por vergüenza, ignorancia o simplemente porque los maridos no las dejan, aunque también se habló de mujeres que en determinadas circunstancias hicieron caso omiso de la oposición de sus maridos.

En general, también se advierte el peso de un desequilibrio cultural y emocional que suele aislar a las mujeres rurales, que muchas veces rechazan ser sometidas a la revisión de un extraño (aun cuando se trate de una mujer médica o enfermera), y más aún tener que hablarle a ese ser extraño sobre asuntos que son considerados de índole privada. Esa situación se agudiza sobre todo en el caso de las primerizas, en algunos casos como consecuencia de embarazos no deseados y fuera de núcleo familiar.

También inciden en gran medida la incomodidad, los prejuicios y el miedo a la imagen y práctica de las unidades de salud. Algunos entrevistados dijeron que mucha gente se siente enferma cuando asiste a una unidad de salud, aunque sea en visita de control o seguimiento. Al respecto, en un estudio realizado por la Escuela de Sociología de la Universidad Centroame-

³³ En estudios anteriores del CASC – UCA se ha verificado que, con frecuencia, proyectos en zonas campesinas que se desarrollan exitosamente mientras está presente el consultor suelen fracasar una vez que se supone han alcanzado la fase de sostenibilidad y son trasladados a la misma comunidad. Los sondeos posteriores mostraron que el factor fundamental era la falta de coincidencia entre los supuestos del proyecto y las representaciones culturales y prácticas de los usuarios o población meta. Cf. Ortega Hegg, M. Notas metodológicas sobre el enfoque cualitativo y su aplicación en diversos campos. P. 4. CASC – UCA. Managua, 1998.

³⁴ Esto coincide con lo adelantado en D.2. Representaciones culturales de la salud en Nicaragua (véase la Introducción) sobre la salud como expresión de armonía entre el individuo y la(s) divinidad(es), en la que convergen tanto la visión indígena como la mestiza y la española.

³⁵ Algunos ONG's afines a los temas de salud confirmaron que la asistencia de los pacientes suele incrementarse con la presencia de los especialistas.

³⁶ Recuérdese que Hecat, el dios del viento, era una entidad maléfica del panteón indígena y que igualmente se ha considerado maléfica la influencia de los espíritus de los caminos y los ríos. Véase D.2 (Representaciones culturales) en la Introducción.

ricana, en la década pasada³⁷, se menciona que un grupo importante de los usuarios siente aprehensión al entorno de rostros no familiares, el instrumental médico (los aparatos del dentista, los rayos X y el mismo estetoscopio), las inyecciones, las curaciones, la asepsia del lugar o el mismo color blanco de las batas de los médicos. En ese sentido, también se verificó que las enfermeras, sobre todo cuando son del lugar, suelen jugar un rol atenuante o de equilibrio.

Además de estos factores socioculturales, la motivación para asistir a las unidades de salud se ve influenciada por la calidad del servicio que se ofrece, sobre todo asociada a la respuesta en medicinas y logro en salud. La falta de una respuesta satisfactoria lleva a creer a muchas usuarias que asistir a una unidad de salud es perder el tiempo. Eso también explica la renovación de la importancia de la medicina natural y de los curanderos, que recurren a hierbas, hojas y raíces para suplir la falta de medicinas alopáticas, modernas o tradicionales. Incluso se mencionó en las entrevistas la existencia de puestos de salud del servicio público que recurren a la medicina natural para dar respuesta a sus pacientes.

F.2 PRÁCTICAS FAMILIARES DE SALUD

En la actualidad, la preparación del parto por las familias de los territorios visitados suele ser muy limitada. Por lo general, la gente procura tener listos, aunque sin mucho éxito, algunos "alistas" (ropa, sábanas) para el pequeño que viene en camino. La gente también espera que sean las parteras las que dispongan del instrumental mínimo para el parto. Este instrumental, en la práctica, suele limitarse a una *gillet* y alcohol. De las entrevistas con parteras se desprende que los guantes, las pinzas, las tijeras, las gasas, el yodo, prácticamente han desaparecido de los aperos de estas comadronas.

En la encuesta de opinión se sondearon las prácticas familiares relacionadas con el cuidado del embarazo, los partos, las instituciones o personas involucradas y otros aspectos relacionados con la atención materno infantil. En los siguientes apartados se resume el resultado de la pesquisa:

F.2.a) Instituciones o personas que cuidaron el último embarazo

La encuesta permitió constatar que sólo el 43.3% de las usuarias (173 de 400) se atendió su último parto en el centro de salud o el hospital, con un significativo 40.5%, que confiesan que fueron cuidadas por un familiar. En proporciones menos significativas reconocen que fueron atendidas por ellas mismas (5.8%), las parteras (5.5%), médicos privados (2.6%), enfermeras (1%) o incluso la pareja (1%) o un vecino (0.3%). Esta es una imagen real del universo de intervención que espera al FONMAT.

La cantidad de hombres que dijeron que les brindaron control prenatal a sus mujeres en los centros de salud u hospitales es ligeramente superior a la de mujeres; esta misma tendencia se incrementa cuando se dice que fueron atendida por los familiares. Así mismo, de los que dijeron que el último parto había sido atendido en los centros de salud u hospitales son ligeramente mayoritarios (52.6%) las personas del sector urbano (Véase cuadro A1-4).

F.2.b) Atención del último parto

Entre las personas entrevistadas a las que les habían atendido un parto, la inmensa mayoría (79.4%) dicen haber sido atendidas en el hospital, centro o puesto de salud. Un 15.1% fueron atendidas por parteras. El resto (5.5%) fue atendido por médicos privados, familiares, enfermeras, familiares o ellas mismas.

De las que afirmaron haber atendido el último parto en el centro de salud u hospitales es mayoritario el porcentaje de las que viven en el sector urbano. Las que fueron atendidas por parteras vive mayoritariamente en el sector rural (Véase cuadro A1-6).

³⁷ C.f. Lebrun, J. F. La imagen de los centros de salud en los medios populares de Nicaragua. CASC – UCA y Centro Tricontinental Louvain-la-Neuve. P. 27 a 33. Escrito a máquina. Managua, 1986.

F.2.c) Formas de pago del servicio de atención al parto

Del total encuestados, el 84.3% dijo no haber pagado nada por los servicios de atención del parto³⁸, el 13.5% dice haber pagado en efectivo; el 1.5% pagaron tanto en especies y efectivo, 0.8% pago en especies.

F.2.d) Formas en que resuelven las emergencias económicas en la familia

El 73.0% de los entrevistados resuelven las emergencias económicas en la familia con el salario; el 15.3% con préstamos; el 5.8% con ahorros y el 2.8% con ventas de bienes.³⁹

El 73.0% de los entrevistados resuelven las emergencias económicas en Los encuestados que respondieron que resuelven las emergencias económicas con el salario no prestan diferencias por sexo y los que dicen que atienden las emergencias con préstamos son mayoritariamente mujeres.

Con relación al lugar de residencia, los que resuelven las emergencias económicas con el salario viven mayoritariamente en el sector rural y los que dicen que resuelven las emergencias con préstamos no presentan diferencias por lugar de vivienda

F.3 EL ROL DE LAS PARTERAS

Las parteras o comadronas suelen gozar de un sólido prestigio en la comunidad que se basa sobre todo en su considerable saber práctico. Prestigio y conocimientos que deberían ser mejor valorados por el personal médico de sistema público de salud. En general, se trata de mujeres que han superado la menopausia, situación que suele ser interpretada por el código campesino como favorable por que ya no son susceptibles de ocasionar daño involuntario a los niños que ayudan a nacer.⁴⁰ Así mismo, las mismas parturientas, sobretudo las más jóvenes, suelen sentirse amparadas en la presencia de las parteras cuando asisten a los centros de salud.

Efectivamente, existe la impresión de que por razones culturales diversas (pena, prejuicios o mera desconfianza hacia el personal de la unidad de salud, generalmente extraño a la comunidad) mucha gente aún prefiere la atención de las parteras. Entre tanto, algunos de los entrevistados señalaron que las mujeres suelen incluso preferir a la misma comadrona para todos los partos. A veces se trata de la partera de la familia. Además, estas suelen mediar ante los hombres cuando los mismos se oponen a que sus mujeres acudan a las unidades de salud. Los esposos o compañeros suelen acceder porque conocen a la partera, le tienen respeto y, a veces, se trata de la misma comadrona que los trajo a luz a ellos mismos.

Así mismo, en muchos casos, la partera ofrece un servicio que el sistema público de salud no está en capacidad de brindar: atender el parto, quedarse hasta cuatro días en la casa de la parturienta, cocinar, lavar, planchar y dar de comer al marido y los demás hijos. Esto último lo compartía uno de los mismos médicos entrevistados al referirse a su supuesta competencia.

Por otro lado, no parece ser cierta la versión de que las parteras se opongan a la planificación. La planificación tiene cada vez mayor acogida entre las mujeres, aún entre las que proceden de los medios rurales, pero aún se enfrentan resistencias, sobre todo de los maridos o compañeros, que muchas veces temen que por ello la pareja les pueda ser infiel, pero también de los líderes religiosos de las comunidades. Al contrario, parece que las parteras han sido uno de los vehículos de promoción de la planificación porque, según decía una de ellas, pesa más la solidaridad entre mujeres que la supuesta rentabilidad del oficio.

³⁸ Se refiere a todas las formas de atención. 337 dijeron no haber pagado nada, pero sólo 304 (de 400 encuestados) asistieron a una unidad de salud pública (Compárese cuadros AI-6 y AI-7).

³⁹ La encuesta no contemplaba la solidaridad de la familia externa, los vecinos o amigos, pero se sabe que esta es una forma usual de resolver las emergencias familiares en esos sectores.

⁴⁰ Recuérdese que en el campo todavía existen muchas personas que ven el embarazo como algo sucio capaz de causar daño, aún en los niños cuando estos son vistos por las mujeres embarazadas. La situación sería de doble riesgo en el caso de las mujeres embarazadas por primera vez. Según el Dr. A. Dávila Bolaños las mujeres en ese estado suelen guardar su estado en secreto, por miedo a que otra mujer, rival del amor del marido, pueda enviarle un maleficio que impida el nacimiento del niño matándolo en su seno (Véase la Introducción. D.2. Representaciones culturales de la salud en Nicaragua).

De hecho, es evidente que el oficio es más una tradición, una necesidad social o un servicio humanitario que un negocio. Por último, debe reconocerse que a muchas parteras no les gusta que los médicos las asistan, ni trabajar con el centro de salud. Algunas porque prefieren seguir aplicando sus viejos sistemas, otras porque se sienten mejor trabajando individualmente y otro grupo sencillamente por no perder tiempo en reuniones. Además, la mayoría piensa que la relación con el MINSA es más de control que de ayuda y muchas se quejan de no recibir ningún tipo de apoyo para el desempeño de sus labores o sus necesidades personales. Incluso algunas dijeron no ver ningún avance en las capacitaciones.

G CONOCIMIENTOS GENERALES DEL FONMAT

En las diferentes entrevistas realizadas se indagó sobre las características de la propuesta, fuentes de financiamiento, cobertura y aseguramiento y otras informaciones básicas sobre el FONMAT. En este apartado se presentan los hallazgos al respecto.

G.1 CONOCIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS GENERALES DEL FONMAT

Hay un relativamente buen dominio de los lineamientos generales del FONMAT en los funcionarios superiores e intermedios entrevistados. En el nivel central, el Secretario General, único entrevistado del MINSA Central, demostró conocer perfectamente el tema y afirmó que el Programa cuenta con el apoyo de las autoridades nacionales del ministerio, que le consideran de interés y piensan que es pertinente y factible.

Al nivel de los SILAIS visitados, el FONMAT es conocido y manejado en sus lineamientos generales. Se le identifica principalmente como un programa o proyecto piloto que ayudará a resolver los actuales problemas que enfrenta el Área de Atención Materno Infantil del ministerio.

El dominio de las líneas generales del Programa llega hasta los centros y algunos puestos de salud, pero está restringido a los principales funcionarios bajo el supuesto de no generar expectativas. Pero, al contrario, pareciera que la falta de información ha generado más expectativas en algunos de los funcionarios intermedios y de base entrevistados por falta de un mejor conocimiento de los alcances del proyecto. Hay algunos encargados de puestos que no tienen más que una vaga referencia sobre el Programa.

Entre los directivos de hospitales la información es muy general y en la mayoría de los casos no hay claridad sobre los objetivos y alcances del FONMAT.

A nivel de los ONG's consultados sólo se conoce algunas referencias muy generales sobre el Programa. Pero alguno se aventuró a considerar que el FONMAT, como está concebido, puede resultar muy complejo ("sofisticado") para las condiciones de este país.

En la comunidad, los líderes de base no tenían ninguna información sobre los objetivos y alcances del Programa al momento de las entrevistas.

G.2 CONOCIMIENTO DE LAS BASES GENERALES DEL FINANCIAMIENTO

El tema de las bases generales del financiamiento del FONMAT se maneja de manera muy restrictiva dentro de las estructuras de salud. En general, a escala intermedia y de base parece entenderse como un asunto por el que debe responder el nivel central, aunque algunos ven el Programa como una tabla de salvación para resolver muchos problemas sin estar enterados de las características del financiamiento.

G.3 CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y POSIBLES ALCANCES DEL FONMAT

En general, en todas las delegaciones municipales visitadas conocían los objetivos y tenían definido con anterioridad el diseño de la cobertura, sólo faltaba establecer el calendario de ejecución y precisar las metas. Aunque, algunos de los entrevistados consideraban que el mismo debería ser manejado más por los asesores que por el personal del MINSA, independientemente que se coincida en la conveniencia de proyectarlo como programa del ministerio.

Asimismo, entre el personal de base hay muchas expectativas del impacto del programa. En algunos puestos de salud se piensa que el Programa es para mejorar la infraestructura actual y mejorar el abastecimiento técnico-material y los suministros médicos.

H VOLUNTAD POLITICA

Por medio de las entrevistas también se procuró indagar sobre la voluntad política existente para impulsar y apoyar al FONMAT, su pertinencia, compromisos para asegurar su funcionamiento y nivel de aceptación. El repaso de lo visto al respecto nos arroja lo siguiente.

H.1 OPINIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA ESTRATÉGICA DEL FONMAT PARA EL MINSA Y PARA LA POBLACIÓN DESTINATARIA DEL PROGRAMA

El proyecto cuenta con el apoyo político de las autoridades nacionales del MINSA. Por lo menos eso se observó con el Dr. Miguel López, Secretario General del ministerio, quien lo ubica como pertinente dentro de la estrategia general de reducción y descentralización del Estado. El Dr. López opinó que el FONMAT puede contribuir a fortalecer el MINSA como institución y como prestador eficiente de servicios, a partir de normas claras, bien definidas y un estricto control de la calidad y el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas, aunque también advirtió que aún quedan muchas cosas por definir en los modelos de atención y asignación de recursos contempladas en el proceso de reformas del sector salud.

En el ámbito intermedio se considera que el Programa puede dar buenos resultados en la medida que se precisen con suficiente claridad los objetivos y se haga un monitoreo adecuado de las actividades y su cumplimiento. Al nivel de base se observa una amplia disposición para la aplicación del programa. En general, la motivación va asociada a la expectativa de que el Programa ayude a resolver los graves problemas que enfrenta el MINSA en materia de atención materno infantil.

H.2 RELACIÓN DEL PAQUETE DE SERVICIOS Y LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DEL FONMAT CON LAS TAREAS DEL MINSA

Se puso en evidencia que el nivel central ubica el FONMAT en el marco del paquete básico de servicios definido en la Política Nacional de Salud y el proceso de descentralización de la prestación de servicios hacia terceros. Así mismo, se podría decir que los informantes ven el paquete de servicios a ofertar como una actividad complementaria a las que ya viene realizando el MINSA.

H.3 CONDICIONES DEL MINSA PARA APOYAR E IMPULSAR EL FONMAT EN EL MEDIANO PLAZO

En general, la mayoría de los funcionarios de salud pública entrevistados consideran que existen en el MINSA condiciones de apoyo al impulso del FONMAT que, según algunos de ellos, se expresa en:

- Una visión de desarrollo del MINSA;
- La apropiación del Programa por parte del personal médico y de enfermería;
- Personal con experiencia en el manejo técnico de proyectos de atención materno infantil;
- Personal con experiencia administrativa y manejo eficiente de presupuestos.

Entre tanto, en algunos SILAIS se reconoce o se advierte la necesidad de:

- Definir una estrategia de participación y contratación de los proveedores complementarios (PC's);
- Definir modalidades claras de atención a los usuarios en el marco del FONMAT;
- Crear mayor estabilidad en el personal, por lo menos en el personal clave, sin descartar la posibilidad de realizar algunos cambios en el personal;
- Definir con más claridad los objetivos de trabajo con el personal y los usuarios para incidir en el mejoramiento de la calidad;
- Definir una estrategia de coordinación con las autoridades municipales (alcaldías) y otras instituciones y organismos con presencia en el territorio;
- Definir un plan de mejoras de la infraestructura y equipamiento técnico y logístico de los centros y puestos de salud;
- Asegurar asesoría permanente, al menos al inicio del proyecto;
- Brindar capacitación en gerencia de la gestión pública de salud;
- Potenciar la actividad de la red de voluntarios que de hecho representan una parte sustantiva del servicio a la población en los ámbitos de la prevención, la higiene del medio y la salud comunitaria.

Por su parte, algunos ONG's plantean la necesidad de convertir los puestos de salud comarcales en verdaderos aglutinadores de la gestión comunitaria en salud y fortalecer el rol de los líderes sanitarios de base (promotores, brigadistas, colaboradores voluntarios y parteras) involucrándolos en la planificación, la toma de decisiones y la gestión de recursos.

H.4 LA COORDINACIÓN CON TERCEROS

Sobre la coordinación con terceros, al nivel central se plantea que faltaría precisar o identificar a las empresas o instituciones con visión social capaces de desarrollar una oferta de servicios eficiente y honesta, respetuosa de la participación social como principio ineludible del MINSA.

Así mismo, durante la visita de campo, se apreció que los niveles intermedios y territoriales del MINSA están abiertos a la posibilidad de contratación de servicios a los PC's previstos en el Programa. De hecho, la tendencia es considerar necesaria esa relación.

Por su parte, los organismos que ofertan servicios paralelos de atención materno infantil manifiestan su interés por coordinaciones y apoyo a la institución. Muchos de ellos ya colaboran estrechamente con las instancias territoriales del MINSA, con capacitaciones a parteras y brigadistas, charlas específicas a las usuarias (prevención, planificación, lactancia, etc.), pago de personal, apoyo con papelería, equipos y materiales, montaje de sistemas (control de calidad, procesamiento y análisis de datos, referencia y contrareferencia, etc.) y otros servicios complementarios y suplementarios. Incluso se menciona la necesidad e importancia de reconocer el papel rector del MINSA y entenderlo como aliado natural más que como competidor, en la línea de asegurar una mayor cobertura de servicios de salud para la población.

Con los ONG's locales, en particular, las unidades de salud y los mismos SILAIS han establecido diversas modalidades de cooperación o colaboración, tanto en logística como en recursos humanos, incluyendo el intercambio de información.

Entre tanto, las alcaldías se sienten comprometidas con la comunidad en el apoyo a las actividades de salud, como las jornadas de vacunación y el traslado de enfermos críticos. De hecho, en casi todos los municipios existen comisiones de salud en donde participan las diversas instituciones y organismos existentes, los cuales suelen involucrarse en actividades de salud e higiene ambiental, donde el MINSA o la alcaldía llevan la voz cantante. Aquí el problema lo suelen enfrentar los ONG's y otros organismos con proyección departamental para quienes se complica la coordinación municipio por municipio, cuando los SILAIS no ofrecen la alternativa correspondiente para el departamento.

A nivel del territorio (comunidades y comarcas) a veces se organizan las llamadas comisiones de coordinación microrregional o local, como mecanismo de intercambio entre instituciones, organismos, proyectos y representantes comunitarios. En estos casos, las actividades de salud pública cuentan con una vía para articular esfuerzos de actores privados, públicos y comunitarios alrededor de actividades relacionadas con la salud comunitaria y la higiene del medio. Aunque, en general, se presentan muchas dificultades de funcionamiento.

En Matagalpa, en particular, existe la experiencia de un comité de amigos del hospital, integrado por empresarios y notables del pueblo, que ha apoyado con actividades y recursos materiales y financieros la solución de algunos problemas del hospital regional.

Otro aspecto de la colaboración de terceros es la contratación de servicios a privados. Para muchos de los entrevistados, impulsar el FONMAT desde las unidades de salud públicas implica la necesidad de contratar varios servicios a terceros. Entre estos:

- Capacitación especializada del personal;
- Educación en salud de la población;
- Promoción del Programa;
- Medios diagnósticos como el ultrasonido y radiografías;
- Consultas especializadas de pediatría y obstetricia;
- Atención de embarazos de alto riesgo (cesáreas).

La coordinación con terceros aun debe procurarse para asegurar la aceptación del Programa por la población y movilización al cumplimiento de la parte asignada a la comunidad y los mismos usuarios, entre estos las iglesias católica y evangélica, y ONG's que cuentan con mucho arraigo merced de los proyectos que impulsan.

I SOSTENIBILIDAD

Durante la visita de campo, se indagó sobre las ideas generales acerca de la sostenibilidad financiera y operativa del FONMAT en el mediano plazo, detalles financieros sobre el FONMAT, gestión de recursos, planes a mediano plazo, riesgos, amenazas y problemas.

I.1 SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE FINANCIAMIENTO DEFINIDAS POR EL PROGRAMA

De hecho, de las entrevistas se desprende que el MINSA no cuenta con una estrategia de aseguramiento del presupuesto del FONMAT para los años subsiguientes al período de implementación. El nivel central considera en general la necesidad de revisar la retención jurídica para buscar como mejorar su capacidad presupuestaria y dar respuesta a las demandas de la población. A la fecha, el MINSA se ve obligado a planificar sobre la base de la oferta y no a la demanda de servicios de salud,

los que además no se calculan a partir de alguna estructura de costos. Parece que la única tendencia cierta del presupuesto nacional de salud es la de reducirse año con año, viéndose positiva sólo la tendencia a la reducción de la tasa de crecimiento poblacional. El supuesto es que el presupuesto pueda incrementarse como resultado de alguna mejora en los aspectos económicos y fiscales del país. Si esto no se da, difícilmente el MINSA podrá asumir los costos subsiguientes del programa.

Aparte de lo relacionado con el aporte comunitario, se observa que en los niveles intermedios y de base no se presta debida atención al tema de la sostenibilidad del programa, incluso hay quienes confiesan no tener ninguna información u opinión al respecto. Se tiende a considerar que la cooperación externa siempre estará funcionando por una o otra vía.

En algunos ONG's y organismos financiadores hay muchas dudas en la capacidad del MINSA, como institución, para suplir la reducción gradual de los presupuestos del programa. Uno de estos organismos, que colabora con el MINSA desde hace varios años, plantea la necesidad de diferenciar las actividades en dependencia de la capacidad del MINSA para sostenerlas sin financiamiento externo.

Serían actividades sostenibles por el MINSA:

- La capacitación de brigadistas y parteras;
- Las charlas de orientación a las usuarias;
- La atención a los clubes de madres;
- El seguimiento a la organización comunitaria.

Serían actividades no sostenibles:

- La aplicación de sistemas de monitoreo, seguimiento y control adecuados o idóneos (sobre todo por limitaciones técnicas, de papelería y del presupuesto de movilización),
- La reposición de equipos, instrumentos, suministros médicos y de laboratorio.

I.2 SOBRE LA GESTIÓN DE RECURSOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL FONMAT EN EL MEDIANO PLAZO

En el territorio se advierte un amplio tendido de cooperación externa en los temas de salud comunitaria y atención materno infantil, por organismos que tienden a buscar la coordinación con las estructuras del MINSA, algunas al nivel de los SILAIS y otras de los hospitales, centros y puestos de salud. Se observa al respecto cierta debilidad de las estructuras intermedias para asumir con mayor beligerancia la coordinación que incluso demandan muchos de esos organismos. Hay, evidentemente, un potencial muy amplio en este sentido.

I.3 SOBRE LA NECESIDAD Y POSIBILIDAD DEL APOORTE MATERIAL O ECONÓMICO DE LAS COMUNIDADES

En el nivel central se considera la necesidad de que la comunidad desarrolle conciencia de que los servicios de salud cuestan y que no todos ellos pueden brindarse gratuitamente, y que en ese sentido deben ser financiados de alguna manera, sea vía impuestos, seguros, sistemas de *prepago* o subsidios.

A nivel departamental se percibe aún con mayor intensidad la necesidad del aporte comunitario. Incluso se le considera clave o urgente para poder sostener las actividades básicas de los servicios de salud en el territorio. De hecho el sistema se sustenta en una amplia base de servidores voluntarios (brigadistas, promotores, colaboradores, parteras afiliadas, etc.). Es precisamente sobre la actividad que despliega esta red que descansa la contrapartida presupuestaria prevista por los proveedores gestores (PG's) del Programa. Así mismo, el aporte de la población se espera sobre todo por la vía del trabajo (limpieza de los predios y mantenimiento de los locales de los centros y puestos de salud, principalmente).

Por otro lado, al nivel de los centros y puestos de hecho se cobra por la prestación de los servicios de salud, sobre todo por el suministro de medicamentos a los pacientes. Esto se entiende como una necesidad de solventar gastos administrativos u operacionales del sistema de salud, aunque también hay claridad del conflicto con un marco jurídico que tácitamente prohíbe el cobro del servicio, por lo que el pago se maneja como una *colaboración voluntaria*.

En este sentido, los más optimistas piensan que se puede ir estableciendo paulatina y progresivamente un hábito de contribución a la gestión de la salud y que, de hecho, ya se ha venido trabajando en ir cambiando la cultura de la población respecto a la retribución económica por los servicios de medicina y la administración de medicamentos.

Este *sistema de aportes* se ha venido aplicando con mayor intensidad en los últimos tres años y se ha generalizado sobre todo en los municipios menos pobres y con poblaciones superiores a los diez mil habitantes⁴¹, proceso paulatino iniciado con el cobro de los servicios más caros, como los de odontología y los exámenes de laboratorio. De hecho, el MINSA no cuenta con presupuesto para mantener estos equipos ni comprar reactivos de laboratorio.

Se señala que inicialmente hubo cierto rechazo por el hábito de no pago desarrollado en los ochenta. Se insiste en que efectivamente la constitución obliga la gratuidad pero que la falta de presupuesto para prestar los servicios de salud más básicos es una realidad que debe afrontarse de alguna forma. En ese sentido, el problema del FONMAT es que está dirigido a un sector considerado como vulnerable (mujeres y niños) y en el que la gratuidad no puede ser eludida. De todas maneras, las autoridades intermedias del MINSA vienen orientando a las unidades territoriales de salud asegurar la recuperación aunque sea parcial de los costos, para evitar que las unidades de salud terminen quedando sin servicios de agua potable y energía eléctrica, y aún sin mobiliario, puertas ni ventanas. Se cree que una retribución de entre dos y cinco córdobas por consulta y otros servicios recibidos no debe afectar mucho el bolsillo de la población.

En realidad, observamos que la gente se ha venido acostumbrando a contribuir con diez córdobas por las medicinas recibidas, en el entendido que eso no es nada en relación con el verdadero costo de las medicinas. El problema es que mucha gente deja de asistir a las unidades de salud cuando no cuenta con los diez córdobas que le piden aportar y opta por ir donde el curandero local o hacer uso de medicinas caseras. Así mismo, los líderes locales insisten en opinar que la población se queja de que es demasiado alta la cuota que la obligan a aportar.

La contradicción se mantiene en el área de atención materno infantil. Cualquier contribución que pueda pedirse es contraria incluso a las actuales políticas del MINSA.

I.4 SOBRE EL APORTE ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN PARA ASEGURAR EL ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO

En general, se evidencia la voluntad de la población de colaborar con el impulso de la salud en sus comunidades y apoyar en todo aquello que esté a su alcance, incluyendo el área de atención materno infantil. Sin embargo, en los ámbitos intermedios y de base no se ve factible la participación económica de la población en el programa, porque se considera que los niveles de pobreza y extrema pobreza (miseria) real en que vive la mayoría de las familias no lo permite. Hay mucha escasez de circulante en el campo y el salario rural anda por los 300 córdobas el mes, lo mismo que le cuesta un parto al MINSA, aunque una clínica privada cobre 2,500.

I.4.a) Disposición de aportar para lograr mejor atención a mujeres embarazadas y niños

Según los líderes territoriales entrevistados, hay poca posibilidad de aporte económico de la población, aunque no hubo objeciones explícitas a la posibilidad de crear un fondo comunitario para enfrentar contingencias de transporte y apoyo a la

⁴¹ Es el caso de ocho de los ahora doce municipios del Departamento de Nueva Segovia, por citar un ejemplo.

atención de los niños y mujeres embarazadas. Este fondo hipotético se conformaría con pequeñas cuotas en efectivo, con montos que oscilan entre uno y cinco córdobas semanales, o cuatro y veinte córdobas mensuales, que podrían ser aportadas por las familias interesadas, sin descartar otras vías de formación del fondo, como las rifas comunitarias.

Sin embargo, en la encuesta de opinión realizada, casi tres cuartas partes del total de encuestados (73.8%) manifestaron disposición de aportar algo para lograr que se les brinde mejor atención a las mujeres embarazadas, a las parturientas y a los niños menores de un año. Disposición que es mayor entre las mujeres (82.0%), sector que se beneficia directamente con el Programa, que entre los hombres (65.0%). También es mayor el porcentaje de los que viven en el sector urbano (76.0%) con relación a los que viven en el sector rural (71.0%), por razones obviamente económicas, aunque no existe diferencia entre ambos sectores (Véanse en Anexo I, cuadros AI-11 y AI-12).

Según la encuesta, estarían dispuestas a pagar algo por estos mismos servicios sobre todo las personas a las que les brindaron control prenatal o les aseguraron atención médica al niño en el hospital, centro o puesto de salud este año (76.0% del 91.7%, o sea 279 de 367 que han asistido, de un universo de 400 encuestados). Similar es el caso de las que se atendieron el último parto en una unidad de salud pública (229, o 75.3% de 304). También manifestaron disposición de pagar algo por los mismo servicios alrededor de dos tercios de las personas que fueron atendidas por parteras y la totalidad de las que fueron asistidas por médicos privados. Por supuesto, esto indica que existe una relación directa entre la situación económica y la disposición de aporte por este tipo de servicios (Véanse cuadros AI-13, AI-14 y AI-15).

I.4.b) Relación entre calidad de atención recibida y disposición de pago por los servicios

Un poco más de las tres cuartas partes (77.7%) de las personas que dijeron haber recibido buena atención en las unidades públicas de salud (153 de 197) pusieron en evidencia la intención de pagar y un poco más de la mitad (57.8%) de los que opinaron que fueron atendidos de forma regular, lo que también implica una relación directa entre el nivel de calidad percibido y la disposición de aportar (Véase cuadro AI-16).

I.4.c) Formas de aporte

Coincidiendo con lo expresado por los líderes entrevistados, en la encuesta de opinión realizada las formas de aportar que proponen los encuestados son principalmente mano de obra y entrega de cuotas periódicas a cambio del servicio recibido. A los 295 encuestados que dijeron estar dispuestos a aportar algo se les preguntó cómo les gustaría aportar, 39.7% propusieron realizar trabajos y 36.7% entregar cuotas periódicas; siendo menos significativa la disposición de pagar por el servicio (13.9%) y la formación de fondos comunitarios (9.8%) (Véase cuadro AI-17).

Llama la atención que quienes proponen aportar con trabajo o formar un fondo comunitario viven mayoritariamente en el sector urbano (53%). En cambio, viven en el sector rural la mayoría de los que proponen entregar cuotas periódicas (52.8%) o pagar por los servicios (58.5%). Propuestas que son más apoyadas por las mujeres que por los hombres (Véase cuadro AI-18).

I.4.d) Periodicidad del pago de la cuota y cantidad

Entre los que opinan que pueden pagar cuotas periódicas por el servicio, la inmensa mayoría (92 de 108, 85.2%) creen que éstas podrían ser mensuales; propuesta que es apoyada mayoritariamente por las mujeres (88.1%) y en la misma proporción (50%) por los que viven en sector urbano como los del sector rural (Véanse cuadros AI-19 y AI-20).

Un poco menos de las tres cuartas partes (70.4%) de los que apoyan la idea de pagar cuotas periódicas (76 de 108) proponen que estas sean entre cuatro y diez córdobas. El resto propone cuotas mayores: 25 (2.0%) de 12 a 20, dos (1.8%) de 25 a 30 y cinco (4.6%) entre 40 y 50 córdobas (Véanse cuadros AI-21 y AI-22).

1.4.e) Actividades para coleccionar fondos

Entre los que proponen que se promuevan actividades (29 de 400) de recolección de fondos para sufragar gastos y lograr una mejor atención a las mujeres embarazadas, las parturientas y los niños menores de un año, la inmensa mayoría propone que se hagan rifas (21, 72.45%) y, en menor proporción, que se hagan fiestas (3, 9.7%), kermesse (3, 9.7%) u otro tipo de actividad similar (Véase cuadro A1-23).

Es curioso señalar que la gran mayoría de los que proponen que se hagan rifas son mujeres. Entre tanto, la gran mayoría de los hombres proponen que se hagan fiestas.

1.4.f) Otros casos de contribución voluntaria

En el caso de la planificación familiar parece que el aporte tiene menos resistencia porque desde un inicio las mujeres se han acostumbrado a que les cobren por las píldoras, las inyecciones y los condones. A veces, porque lo ven como un lujo, no lo ven prioritario o no lo ven como un servicio público típico.

1.4.g) Otras iniciativas de cooperación

Con los líderes entrevistados se sondeó la posibilidad de otras iniciativas de aporte como los huertos familiares y comunitarios en la línea de obtener ingresos adicionales. Al parecer, estos sólo han funcionado con apoyo externo permanente en equipos, herramientas, semillas y otros insumos. La práctica indica que el compromiso de aportar financieramente para el sostenimiento de un proyecto o un fondo de aporte común no ha sido estímulo suficiente para sostener los huertos y estos tienden a fracasar después que cesa el impulso externo que los sostiene. Sin embargo, algunos ONG's insisten en la necesidad de generar actividades que permitan que la gente tenga algún tipo de ingreso para poder considerar su participación en este sentido. En todo caso, la parcela familiar suele tener mejor acogida que la parcela comunitaria.

Alguien consideró la alternativa de impulsar una parcela comunitaria manejada por las parteras y los brigadistas, como vía para conformar un fondo común de salud. Pero esta iniciativa, al igual que las anteriores, necesitaría de un apoyo permanente del MINSA, del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) u otro donante.

En general, algunos de estos organismos consultados consideran la necesidad de desarrollar la capacidad económica y productiva del país antes de pensar en un aporte económico de la población. Por otro lado, algunos de estos consideran que en situaciones de urgencia se mueve la solidaridad comunal y funciona la colecta de efectivo como uno de los principales mecanismos de ayuda.

En conclusión, dada la situación económica de la población, las posibilidades de aporte en efectivo se ven muy endeble. Sin embargo, no se observa ninguna dificultad de peso para que las autoridades de salud puedan recibir el aporte de 5% de la comunidad. Se trataría simplemente de llevar una buena contabilidad del aporte en trabajo tanto de los brigadistas de salud como del resto de la comunidad, sobre todo en lo concerniente al aporte de mano de obra para trabajos de mantenimiento y cuidado de la infraestructura sanitaria (centros y puestos de salud) y otros diversos.

En el punto H.8 (Modelos de aporte comunitario) se amplía sobre las modalidades de aporte comunitario con que la población estaría dispuesta a colaborar.

1.5 Sobre los riesgos, amenazas y problemas que podría enfrentar el FONMAT en el mediano plazo

Existía preocupación en el nivel nacional (en la Secretaría General del MINSA) por las dificultades que pudieran presentarse para la aprobación del presupuesto anual del sector, cuya propuesta debía ser filtrada primero por el Ministerio de Hacienda y después por la Asamblea Nacional con posibilidades de recorte en ambas instancias. También existía preocupación por

la velocidad de concreción de las reformas dentro del sector salud, dentro de cuyo proceso se ubica al FONMAT. Tampoco se pierde de vista desde la sede central la posibilidad de conflictos con los médicos y resto del personal del sistema derivadas del mismo proceso de modernización del sector, el problema de la calidad de cierta parte del personal médico que labora dentro del sistema y el problema de los bajos salarios. Se señala que los sectores sindicales, sobre todo los de izquierda, suelen interpretar la reforma como privatización y que esto podría conducirlos al rechazo del Programa.

Asimismo, no se descartan en el nivel central ciertas contradicciones entre los niveles intermedio y central del MINSA sobre el manejo de los programas de cooperación. En general, en los niveles territoriales e intermedios se considera que la cooperación debe articularse alrededor de los principales problemas identificados en el territorio.

En el nivel intermedio (SILAIS y ONG's), se observó alguna incertidumbre relacionada con el personal que atenderá el programa en el territorio. Por lo general, en el caso de los médicos, se trata de personal que presta su servicio social y rota permanentemente. Según algunas autoridades intermedias, estos médicos podrían estar desestimulados pues a menudo se resisten a cambiar los esquemas tradicionales de atención a los pacientes, además de enfrentar dificultades en su relación con los brigadistas y las parteras, a quienes suelen dar mal trato. La resistencia al cambio es algo que también podría presentarse entre el personal permanente de la institución⁴²

También existen dudas al nivel departamental sobre la apropiación del alcance y los objetivos del Programa por los delegados municipales del MINSA, sobretodo en lo relacionado con el supuesto proceso de privatización y cobro del servicio. Lo más importante es que el servicio sea más accesible y equitativo.

En el territorio muchos de los entrevistados consideran el tema financiero como el primer riesgo para la sostenibilidad del programa. En segundo lugar, se consideran las inequidades (tal vez tensiones) que podría generar el programa al haber municipios no cubiertos. Otro riesgo es el de las condiciones climatológica y las dificultades de acceso por limitaciones infraestructurales (caminos y puentes).

Por último, algunas de las ONG's consultadas perciben una tendencia del gobierno a ignorar o enfrentarse con las organizaciones comunitarias que no comulgan con su línea política.

J RELACION ENTRE EL MINSA Y EL FONMAT

Al respecto se indagó sobre como se percibe la relación entre el MINSA y el FONMAT, del FONMAT con el nivel central y los SILAIS, y las posibles resistencias laborales en el nivel operativo.

En general, el Programa se percibe dentro del MINSA como parte integrante del sistema, sin mayores problemas. Aunque algunos creen necesario tener presente el prejuicio que suele existir dentro de las instituciones públicas de este país hacia el personal de los proyectos y programas que cuentan con financiamiento externo o separado del resto de los funcionarios públicos, los cuales son percibidos con mejores salarios, mejor trato y menos obligaciones laborales que el resto del personal del MINSA, aunque, a veces, compartan el mismo nivel de calificación profesional. Es una percepción que tiende a crear asperezas con el personal permanente.

Algunos entrevistados piensan que el SILAIS debe tener completa injerencia en el Programa, el cual debería, desde un inicio, ser coincidente con las políticas de salud y contar con la aplicación de normas homogéneas, y por tanto estar inmerso dentro de la organización del SILAIS, como parte de la dirección departamental de atención materno infantil.

En ese sentido se ve al agente de cambio como parte integrante del equipo de atención materno infantil del SILAIS y subordinado a su dirección, independientemente de su compromiso con el Programa o el mismo BID.

⁴² Por su parte, los médicos de servicio social opinan de sí mismos que no tienen ningún esquema tradicional sino disposición de aprender y seguir instrucciones.

K SOBRE EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

En las entrevistas se procuró indagar sobre el sistema de información actualmente en aplicación y los avances y dificultades en el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios en el área materno infantil.

K.1 SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

La visión del territorio corrobora la preocupación del equipo técnico del FONMAT sobre la calidad y la fiabilidad del sistema de registro que actualmente tiene en vigencia el MINSA. Tanto los funcionarios como las autoridades intermedias, así como los directivos de las organizaciones sociales con presencia local, mostraron serias reservas sobre la credibilidad de las cifras nacionales y la aplicación práctica del sistema en su conjunto al que consideraron cuando menos engorroso y pesado.

Si embargo, muchos consideran el actual sistema como un punto de partida del cual puede derivarse un nuevo sistema mucho más ágil, creíble y aplicable. En general, se encontró que el control de los niños menores de un año se lleva principalmente a través de la hoja de consulta diaria y el censo de inmunizaciones. Las mujeres también se controlan sobre todo a través de la hoja de consulta diaria y los censos de mujeres en edad fértil y embarazadas.

Los problemas de registro de datos que quizás podrían revisarse son:

- Redundancia de sistemas, subsistemas y formatos (expedientes, fichas, tarjetas, hojas de seguimiento, etc. repetidos), en lo que inciden algunos proyectos.
- Hoja de seguimiento (control de enfermedades prevalentes y estado nutricional) de niños menores (de dos meses a cuatro años) incompleta.
- Seguimiento de las mujeres disperso o desagregado en varios formatos distintos.
- Dificultades en la identificación de las direcciones y referencias habitacionales de los usuarios, principalmente por falta de mapas o croquis detallados de la ubicación de las viviendas.
- Falta de tiempo, de voluntad o de capacidad real del personal para manejar los controles establecidos, sobre todo al nivel de los puestos de salud.
- Vacíos de información.
- Problemas logísticos y falta de recursos (sobre todo falta de papelería y medios de movilización) para capacitar al personal y aplicar los controles de calidad.
- Tendencias a centrar esfuerzos de atención en los niños (se atiende al recién nacido pero no se le da seguimiento a la puérpera, descuidando la salud materna y la planificación).
- Limitaciones objetivas a nivel departamental para poder procesar información, a menudo incompleta o no verificable.
- No se lleva registro de nacimientos en todos los municipios y en los que se lleva se observa una situación de falta de correspondencia entre las estadísticas nacionales y las del territorio, lo que limita el establecimiento de metas fiables. En general, existe inconformidad con el "sistema de estadísticas nacionales por estimación."
- No se controla ni se lleva registro de las coordinaciones con la comunidad y otros aspectos correlacionados con la educación sanitaria de la población, aunque en Matagalpa existe un formato del Banco Mundial que incluye esa información.
- En general, no se han realizado evaluaciones del nivel de satisfacción de los usuarios, salvo en unos casos puntuales aislados.

Parece haber coincidencia en que se requiere uniformar los formatos del sistema de referencias y contrarreferencias, vacunación, control de enfermedades, nutrición, etc. Al nivel de algunos SILAIS se considera la necesidad de un sistema de información integral. Alguien observó la necesidad de realizar un trabajo conjunto para afinar los sistemas de información y unificar los sistemas de registro, incluyendo la necesidad de un documento único de control de embarazadas, puérperas y

niños menores de un año para efectos del FONMAT. Hay muchas expectativas alrededor de esto a partir del FONMAT y de un esperado cambio nacional del sistema de monitoreo y evaluación.

K.2 SOBRE LOS LOGROS EN LA APLICACIÓN DE SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL MINSA EN PROGRAMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL

Se observa la existencia de un sistema de monitoreo por censos de los embarazos, nacimientos, puerperio y niños menores de un año. Así mismo, los funcionarios de los centros de salud consideran bastante aceptable el control que llevan de la planificación familiar. Pero, se carece de una verdadera guía de evaluación. Además, se observa que conocen metodologías de evaluación y control promovidas por algunos organismos internacionales⁴³, pero que son aplicados principalmente en los hospitales.

En general, se dice que con su aplicación los sistemas de monitoreo y evaluación han contribuido a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil (perinatal, fetal, neonatal, etc.) al motivar el interés de atención al área, sobre todo al ayudar a aumentar la cobertura de los diferentes programas y mejorar el acceso de los servicios de salud a la población.

K.3 SOBRE LAS LIMITACIONES EN LA APLICACIÓN DE ESTOS SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Hay un interés evidente por mejorar los sistemas de registro que tienden a considerarse repetitivos y engorrosos. En algunos casos se han establecido diseños propios (como en el SILAIS de Matagalpa y el Hospital de Matagalpa).

En general, se considera que la falta de personal médico⁴⁴ y de abastecimiento de medicamentos afecta la percepción de la población sobre la calidad del servicio. Igual sucede con la falta de tecnología para diagnósticos, servicios de laboratorio, etc. Así mismo, en algunos hospitales se quejan de las referencias tardías de pacientes en estado crítico, lo que aumenta la mortalidad y, evidentemente, afecta la imagen de los hospitales.

Así mismo, algunos plantean la necesidad de realizar estudios para mejorar la evaluación de los servicios, valorar las destrezas del personal y el nivel de satisfacción de los usuarios. En todo caso, se tiende a pensar que este tipo de estudios deberían ser realizados por personal externo al sistema, vía diagnósticos rápidos u otros sistemas. Además, suele considerarse la observación directa como el mejor sistema para el control de la calidad.

Otros mecanismos mencionados para el control de la calidad fueron los grupos focales, reuniones, asambleas, encuentros incidentales y seguimiento directo, entre otros, poniendo en evidencia el interés en ese sentido.

En general, se plantea que se necesitan insumos adicionales para asegurar el monitoreo de la calidad del servicio, porque esto implica el análisis permanente de los problemas perinatales y la realización de encuestas de usuarios y prestadores del servicio. Además, algunos creen que los indicadores para medir la calidad no se deberían uniformizar sino diferenciarse en los distintos servicios y lugares (centros de salud, puestos, hospitales, salas).

El personal departamental del área de atención materno infantil espera que con el FONMAT se organice un sistema de control bien establecido, con un buen plan de visitas a los territorios beneficiados desde los SILAIS, incluyendo intercambios de transmisión de experiencias, al nivel de territorios y departamentos.

⁴³ Como los métodos de calidad total promovidos por CARE en el departamento de Matagalpa y que tuvieron un amplio impacto en las estructuras públicas de salud.

⁴⁴ Algunos médicos hablan de consultas de más de cien pacientes diarios por médico.

En los hospitales se valora la vigilancia epidemiológica *in situ*, además del análisis estadístico como nivel más adecuado para dar respuesta inmediata a los problemas.

En general, los entrevistados consideran la necesidad de una línea de base para valorar el posterior impacto del Programa en la población beneficiaria y medir el cumplimiento real de los indicadores.

K.4 OPINIONES DE LA POBLACIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO

En las entrevistas a líderes comunitarios y usuarios del servicio público de atención materno infantil se advierte una visión muy negativa del mismo. Sobre todo, los puestos de salud parecen tener una imagen muy negativa en las comunidades. Según los líderes, la atención es insuficiente por muchas razones, pero principalmente se quejan del nivel del personal encargado (sobre todo cuando se trata de auxiliares de enfermería), el irregular horario de atención, la inasistencia del personal, la falta de lugar (camas) donde quedarse, las condiciones del lugar (estrecho, incómodo, sin privacidad), la calidad de la atención y la falta de medicinas. Algunos demandan que los encargados de los puestos sean médicos con presencia de 24 horas en el territorio.

En particular, de un grupo de usuarias que esperaban la llegada del médico en un puesto de salud, las que aceptaron ser entrevistadas se quejaron del tiempo de espera, la forma y calidad de la atención. En general, la queja más frecuente se relaciona con los medicamentos. Según las mujeres consultadas no les dan ninguno, les dan sólo la receta o, si les dan algún medicamento, éste no les ayuda a mejorar.

Sin embargo, a pesar de esa situación, la inmensa mayoría de los que respondieron la encuesta de opinión (367 de 400, 92.2%) dijeron haber asistido el año pasado a los hospitales, centros o puestos de salud por servicio de atención del embarazo o del niño. Aunque hay una diferencia mayoritaria entre las mujeres y los hombres (97.0% sobre 87.5%) que buscan los servicios de salud pública en el área materno infantil. (Véanse cuadros AI-1 y AI-2).

Así mismo, de los que dijeron haber asistido a los centros o puestos de salud, un poco más de la mitad (197 de 367, 53.7%) señalaron que la calidad de la asistencia fue buena y un tercio (33.2%) que regular. Sólo 37 (10.0%) dijeron que fue mala. Entre los que afirmaron que la atención fue buena un poco más de dos tercios son mujeres (62.7%). Los que dicen que fue regular son hombres por una ligera mayoría (53.3%) y los que afirman que fue mala casi dos tercios son hombres (62.2%). (Véase cuadro AI-3).

K.5 SOBRE LOS MÉTODOS DE CONTROL DE CALIDAD

Hay una coincidencia alrededor de la observación directa como principal método para el control de la calidad del servicio, que implica revisiones de la infraestructura de los locales donde se presta el servicio, la higiene, el dominio de los sistemas por parte del personal de dirección, médico y paramédico, y la relación médico usuario, sobre todo en la calidez; medidos a partir de una línea de base que debe levantarse al inicio de la aplicación territorial del FONMAT como un punto de referencia inicial.

En particular, se sugirió el mecanismo de la encuesta de satisfacción de usuarios realizada por consultores externos a la institución y el Programa, o desvinculados lo más posible de estos para evitar condicionar a la población que parece temer, según dijo uno de los entrevistados, el opinar mal al respecto de la calidad de los servicios por temor a supuestas represalias (infundadas o no) de la institución.⁴⁵

Otro método sugerido está relacionado con la evaluación del sistema de control que llevan los centros o puestos de salud, donde se valora la calidad de la historia clínica, de los registros y del seguimiento a los pacientes, seleccionando expedientes al azar. Este método ha ayudado a mejorar la calidad del registro.

⁴⁵ Esta situación tal vez pueda explicar las aparentes diferencias entre las observaciones de los entrevistados y las opiniones de los encuestados observadas en el punto anterior (F.4. Véase).

K.6 SOBRE LOS INDICADORES

Entre los indicadores de satisfacción de usuarios, los entrevistados consideraron la necesidad de medir:

- La distancia del lugar de residencia de los usuarios.
- El tiempo de movilización necesario para acceder al servicio.
- El tiempo de espera desde su llegada al punto y la atención por el médico.
- La calidad de la atención durante la espera.
- Los procedimientos de control.
- El tiempo de consulta.
- La calidad de la atención médica.
- La calidad de la orientación brindada al paciente.
- La comprensión de la receta.
- El nivel de satisfacción por la atención recibida.
- El tiempo de espera para la recepción del medicamento.
- El nivel de satisfacción en la recepción de los medicamentos (cantidad y calidad).
- El espacio de tiempo para la cita al laboratorio.
- Distancia del laboratorio al centro de salud.
- El tiempo de espera para la atención en el laboratorio.
- La calidad de la atención del laboratorio.
- El nivel de satisfacción del usuario.
- El cumplimiento de las expectativas de atención (¿Fue como lo esperaba el paciente?).
- El nivel de identificación del paciente con el médico (¿Le gustaría que le atendiera el mismo médico? ¿Por qué le gustaría ser atendida por determinado médico?).

De manera general, se consideran como los indicadores más importantes a ser medidos en la evaluación del Programa, después del levantamiento de una línea de base:

- La mejora en el índice de mortalidad materno infantil.
- La productividad del servicio (incremento en los niveles de atención, ampliación del período de seguimiento, uso de instrumental y equipos, etc.)
- La mejora de la cobertura (porcentaje de atención sobre niños y mujeres censadas).
- El incremento en la calidad de los registros (indicadores de atención, seguimiento, mejora de la salud, control de enfermedades, control inmunológico, nutrición, crecimiento, causas de muerte, etc.)

K.7 SOBRE EL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Existen muchas dificultades en el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrareferencia, con tendencias a una multiplicidad de sistemas que refleja una intención de búsqueda de soluciones de parte las distintas instancias del MINSA y de los diferentes organismos y proyectos que trabajan el tema en los territorios. En general, puede asegurarse que su funcionamiento es muy limitado, parcial e incompleto, sobre todo en el aspecto de la contrareferencia que prácticamente no funciona.

Así mismo, el sistema de referencias y contrareferencias se ve afectado por la distancia, los problemas de acceso, el invierno, el trabajo estacional y otros factores. Además, se dice que algunos médicos tienden a rechazar las referencias informales de los brigadistas y parteras, lo cual crearía inconformidades innecesarias.

Uno de los entrevistados resumía tres cuellos de botella del sistema:

- Las dificultades en el seguimiento a las parteras;

- Los problemas del flujo de información. Este circula de abajo a arriba (de la comunidad a las unidades primarias de salud y de éstas a los hospitales), pero no de arriba a abajo. En este sentido no existe retroalimentación. Los hospitales departamentales no contrarrefieren a los centros de salud, ni estos a los puestos;⁴⁶
- La comunicación con los hospitales. Son dos lógicas diferentes: los hospitales desarrollan una actividad fundamentalmente curativa, mientras del énfasis de los territorios se centra en la prevención.

Sobre el tema del involucramiento de la comunidad en este sistema, muchos de los consultados comparten el criterio de que es necesario dar seguimiento estrecho a las parteras (con visitas quincenales o mensuales) como eslabón primario del sistema, para conocer sus problemas y necesidades de ayuda, capacitarlas a partir de sus principales problemas, principalmente la detección de embarazos de riesgo.⁴⁷

En la práctica actual, las referencias son realizadas de manera informal por las parteras y los brigadistas, en notas que son muchas veces rechazadas por los médicos de las unidades de salud. En los casos de no rechazo suele funcionar también el sistema de contrarreferencia (de la unidad de salud a la comunidad) lo que permite a los agentes comunitarios incidir en el cumplimiento de las prescripciones médicas e incluso de las citas por parte de las usuarias. En Chinandega en particular, funciona un sistema de figuritas asociadas al tipo de problema o caso que simplifica el sistema porque el brigadista o partera sólo debe poner su firma o marca en la hoja de referencia. En este caso, el problema fundamental radica en la falta de papelería.

Por último, en los SILAIS se plantea la necesidad de fusionar un sistema único de referencias y contrarreferencias que podría partir de los formatos desarrollados por el Proyecto MINSA – FNUAP, que incluye formatos simplificados para cada tipo de emisor (consejeros de casas base, consejeros de planificación, brigadistas, parteras, en el caso de los emisores voluntarios) y de un formato integrado madre – niño, en el caso de los centros y puestos de salud.

L PROMOCION DEL FONMAT

En la última parte de las entrevistas, se indagó sobre las condiciones que se consideran favorables para la implantación del programa, la relación del FONMAT con la comunidad y los mecanismos de promoción.

L.1 SOBRE LAS CONDICIONES MÁS FAVORABLES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL FONMAT

En los niveles centrales del MINSA se plantean la necesidad de un marco jurídico que les permita organizar mejor sus posibilidades de intervención a partir de prioridades aún no definidas del proceso de reformas, regular sus relaciones interinstitucionales a escala local y fortalecer la capacidad de gerencia en el nivel ejecutivo. Entre tanto, las instancias territoriales mencionan la necesidad de flexibilizar la Ley, sobre todo en los aspectos relacionados con el cobro del servicio.

Al nivel de SILAIS se percibe que el cumplimiento de los objetivos del FONMAT depende de:

- La voluntad política de las autoridades departamentales y municipales del MINSA;
- El apoyo de los gerentes del Programa a los subprogramas;
- La beligerancia y vinculación de los agentes de cambio del Programa con presencia en el territorio;
- La voluntad del personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores, etc.);
- La motivación de la población.

⁴⁶ Esta percepción es compartida por los centros de salud y los organismos con proyectos de salud comunitaria o materno infantil.

⁴⁷ Para ampliación véase G.10. Aporte comunitario al sistema de referencias y contrarreferencias.

Otros plantean la necesidad de condiciones materiales:

- Centros de salud equipados con camas;
- Salas de parto equipadas;
- Capacidad de rápida referencia al hospital regional en caso de partos complicados;
- Apoyo técnico y material para las unidades de salud involucradas, incluyendo el soporte económico de las nuevas actividades a realizar.

Los ONG's hablan de empoderar a la comunidad, como una vía probada de asegurar apropiación del Programa y niveles aceptables de movilización ciudadana.

En general, hay consenso en la necesidad de apoyo de la comunidad al Programa y se piensa que sin el concurso de las parteras, brigadistas, colaboradores voluntarios, líderes comunitarios, autoridades municipales y otros funcionarios territoriales (como los maestros) no es posible que funcione.

L.2 SOBRE LA SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Se advierte la existencia en el territorio de una gran diversidad de líderes, organizaciones y organismos, algunos de los cuales cuentan con recursos procedentes de la cooperación externa. No parece existir, sin embargo, un nivel adecuado de coordinación. Esto lleva a duplicar esfuerzos en algunas comarcas y descuidarlos en otras. Eso también advierte de la urgencia de un inventario de recursos de salud por comarca y municipio, mapeo y coordinaciones interinstitucionales para aprovechar los recursos de otros organismos y de otras áreas de salud.⁴⁸

En general, se observa una concepción utilitaria en el manejo de la participación, limitada a brigadistas, colaboradores y parteras que se involucran en tareas operativas (vacunaciones, control de la malaria, etc.) o de apoyo (limpieza del centro de salud y predios del mismo), tareas a las que sí se les convoca, pero no a la coadministración de las políticas ni en la toma de decisiones. Estos forman una red que suele estar muy bien organizada que en determinados casos involucra a otros habitantes de la comunidad.

Algunos ONG's y otros organismos locales, departamentales y nacionales, señalan como problemáticas las relaciones del sistema de salud con la comunidad. Consideran que el personal técnico o profesional de las unidades de salud pública tienden a no creer en las capacidades de la gente y reconocer su labor. Por ende, se relacionan mal con el personal voluntario, tendiendo a "lesionar la dignidad de la comunidad." En consecuencia, la gente oculta sus creencias y tiende a ver como extraño o foráneo al personal de salud.

Aún, deben señalarse algunas experiencias institucionales y de los organismos donantes que han incidido en un decrecimiento de la participación ciudadana:

- Los paquetes de alimento por trabajo. Muchas actividades de apoyo en mano de obra que antes de que se implementara este tipo de programas se asumían voluntariamente por la población, ahora se asumen con dificultad cuando no se cuenta con esos paquetes de por medio;
- Los paquetes de estímulo por las asistencias a reuniones o cumplimiento de controles. Cuando se termina el fondo para el estímulo se dificulta aún más la asistencia de los usuarios.

⁴⁸ Como ACEM (Area de Control Epidemiológico de la Malaria), dentro el mismo MINSA

En resumen, la denominada participación ciudadana en salud descansa sobre todo en la actividad de las parteras, brigadistas y trabajadores voluntarios. Siendo sumamente escasa la participación de otros sectores de la población. Muchos líderes que se involucran son principalmente delegados o auxiliares de los alcaldes en el territorio que colaboran por orientaciones de las alcaldías.

L.3 SOBRE LOS COMPROMISOS Y ACUERDOS MÁS IMPORTANTES QUE HABRÍAN DE ESTABLECERSE ENTRE EL MINSA Y LAS COMUNIDADES PARA ASEGURAR EL FUNCIONAMIENTO DEL FONMAT

En general, se entiende el fortalecimiento de la red comunitaria como garantía de la movilización y participación de la población teniendo como eje el sistema de salud pública, alrededor del cual deberían articularse las casas base, los clubes de madres, las casas comunales, las farmacias populares, etc.

Entre los elementos mencionados por el personal entrevistado para el fortalecimiento de esta red se podrían considerar los siguientes:

- La capacitación del personal voluntario;
- La dotación de utilería y equipo básico (botiquín, mochila, botas, capotes, focos, camisetas, etc.);
- El no pago en efectivo por el trabajo de los brigadistas, promotores y otros colaboradores voluntarios. Eso los convierte en empleados de la institución que le da dinero, que es un estatus distinto al de colaborador voluntario o brigadista comunitario. E incluso,
- La posibilidad de enseñar a algunas parteras a manejar partos de riesgo.

La atención permanente a la red es vital pues cualquier desatención se interpreta como aislamiento, maltrato o falta de consideración a su posible aporte.

Así mismo, se considera que el MINSA tiene responsabilidades compartidas en diferentes niveles: los SILAIS responderían sobre todo por controlar el cumplimiento de las actividades por los centros de salud, los centros de salud por cumplir con los compromisos asumidos ante el FONMAT y mejorar los indicadores de salud, o sea:

- Aumentar la cobertura del parto institucional;
- Aumentar la cobertura y concentración de controles prenatales;
- Disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal;
- Referir oportunamente las mujeres embarazadas a los niveles de mayor resolución.

Al nivel de la población se plantea:

- El aseguramiento de la referencia y el seguimiento a la contrarreferencia;
- La vigilancia comunitaria para detectar factores de riesgo en el binomio madre – hijo;
- La actualización estadística.

L.4 SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL FONMAT Y LAS COMUNIDADES A LAS QUE ATENDERÁ EL PROGRAMA

Son muchos los obstáculos que enfrentará el FONMAT para mejorar la relación de los actuales proveedores gestores con las comunidades. En la visita de campo se observó que algunos mecanismos, como los clubes de madres, funcionan como medios para asegurar la convocatoria de las madres con niños menores de un año pero sobre la base de “paquetes de ayuda” como premio por la asistencia. Esa modalidad tiende a volverlos insostenibles.

Algunos ONG's plantean la necesidad de buscar formas tradicionales de organización de la gente para promover la movilización comunitaria en salud, como los equipos de béisbol, las iglesias y otras vías.

Así mismo, algunos de estos organismos señalan que se debería romper el enfoque tradicional de la relación médico-paciente, porque a la fecha el énfasis se pone en la superioridad intelectual y técnica del médico sobre el paciente, que no supone compartir responsabilidades sino dictaminar enfermedades.

En la relación actual con las parteras se tiende a asumir el mismo tipo de relación. A menudo se les ve como mujeres ignorantes que sólo sirven para afectar y complicar a las parturientas. Ambas situaciones deben ser revertidas por el Programa para poder optar a una mejor comunicación con las usuarias y con los principales aliados del sistema de salud en el territorio (parteras, brigadistas, colaboradores, líderes y resto de la población).

L.5 SOBRE LA PROMOCIÓN DEL PAQUETE DE SERVICIOS E INTERVENCIONES QUE CONFORMAN EL FONMAT EN EL MINSA

En general, desde los SILAIS se plantea que el FONMAT debe proyectarse como un programa del MINSA. Antes, se valora la necesidad de ampliar la información que sobre el FONMAT maneja el personal del MINSA para que fluya la información y sean estos mismos los que impulsen las jornadas de reflexión con la población. Para ello necesitan dominar los alcances y beneficios del Programa y sus limitaciones.

L.6 SOBRE LA PROMOCIÓN DEL PAQUETE DE SERVICIOS QUE CONFORMAN EL FONMAT EN LAS COMUNIDADES

En el nivel central se considera la necesidad de mecanismos ágiles de promoción y mercadeo del FONMAT. En el territorio, hay muchas ideas para potenciar el uso de los medios locales, principalmente la radio y la TV (donde la hay), además de los tradicionales volantes, plegables, mantas y carteles, así como los recursos de otros programas, como los grupos de teatro popular que actualmente promueve el FNUAP.

Se opina que la propaganda de medios debe de ayudar a combatir los miedos y desconfianzas de la población de acudir a las unidades públicas de salud, dando a conocer detalladamente en que consisten cada uno de los paquetes de servicios, los procedimientos que se aplican y la importancia de los controles. También se considera necesaria la explicación del rol que la comunidad debe cumplir en el Programa a partir de la problemática de salud que enfrenta, con énfasis en la prevención de enfermedades y la higiene del medio.

El medio radial, además, ha demostrado ser un excelente medio de convocatoria a la red de brigadistas. Sin embargo, parece haber coincidencia en que la mejor promoción del programa sería el aumento mismo de la calidad en los servicios con la inclusión de algunos incentivos hacia la comunidad y los usuarios del servicio. En algunos casos también se considera importante la oferta de nuevos tipos o formas de servicios, porque las novedades tienden llamar la atención de los usuarios.

La experiencia de los organismos paralelos de atención en salud materno infantil es que la mejor forma de promoción de un nuevo servicio es a través de los mismos beneficiarios que se sienten satisfechos por la calidad de la atención y el servicio recibido, que los hace volver, al tiempo que lo recomiendan con los familiares, vecinos y amigos. Algunos ONG's adelantarían la necesidad de potenciar el sentido de solidaridad de la población en el manejo y promoción del FONMAT.

Los líderes locales y las mismas autoridades de salud consideran que los promotores más idóneos del Programa serán los mismos brigadistas de quienes la gente se ha acostumbrado a recibir información y orientaciones sobre temas sanitarios, en asambleas que suelen ser muy concurridas. En general, la divulgación y promoción directa y permanente se espera que recaiga en estos brigadistas, quienes tendrán que ser capacitados en los alcances, objetivos, métodos y tipos de servicios que se brindarán con el FONMAT. En esta promoción se podría también involucrar a los mismos líderes comunitarios, las

parteras y los colaboradores voluntarios de salud, con la ventaja de que no implicaría mayor movilización de recursos materiales y financieros.

El apoyo de las instituciones en la educación y movilización en salud también ha sido un factor crucial, sobre todo en el caso del apoyo educativo del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (MECD) y el impulso movilizador de la población de las alcaldías, estableciendo un sistema integrado de promoción del Programa en todos los flancos del quehacer local.

Otra vía vital de promoción que puede descuidarse son las iglesias católicas y evangélicas, por el prestigio que gozan los diáconos, celebrantes o pastores en la comunidad.

L.7 INVERSIÓN DE LOS APORTES EN EFECTIVO

Algunas experiencias de aportes apuntan hacia compra de insumos sanitarios, mantenimiento o mejora de la infraestructura de las unidades de salud. Se piensa que esa podría ser una de las direcciones principales de aplicación de los aportes en efectivo de la población.

Otro criterio apunta a su inversión en actividades directamente relacionadas con la atención de los pacientes (alimentación, movilización, etc.).

L.8 MODELOS DE APORTE COMUNITARIO

En el punto E.4 (Sobre el aporte económico de la población...) se analizaba la factibilidad de la participación económica de la población en el programa, a partir de la voluntad manifestada en las entrevistas y la encuesta de opinión y algunas consideraciones generales de tipo económico (niveles reales de pobreza y miseria, bajos salarios y escasez de circulante). En este punto se revisan algunos modelos tradicionales de aporte de la población relacionados con el tema de la salud materno infantil.

L.8.a) La colecta solidaria

El modelo tradicional de aporte económico de la población campesina es la colecta. Funciona como una respuesta solidaria de la comunidad ante problemas concretos, sobre todo en el caso de defunciones. Cuando alguien muere la comunidad se moviliza y aporta sin reservas con la seguridad de que su contribución será usada en aplicaciones muy concretas, evidentemente relacionadas con el velorio y el entierro o algún otro tipo de ayuda para la familia del difunto. También existe la posibilidad de colectas de apoyo a partos cuando las circunstancias lo ameritan a juicio de la gente.

A partir de esa experiencia, ha habido casos de colectas de las brigadas y, algunas veces, de las mismas unidades de salud para obtener fondos para actividades muy específicas. Sin embargo, la mayoría de estas colectas se hace de manera indirecta, a través de rifas, fiestas, tómbolas u otros medios afines, aunque recientemente se ha observado una tendencia a la baja de estas actividades con reiteradas experiencias de fracaso, atribuibles a la situación económica y falta de circulante entre la gente.

L.8.b) El fondo de prevención sanitaria

No tuvimos ningún informe de la existencia de fondos preventivos. La opinión mayoritaria es que habría que hacer la prueba de funcionamiento. En todo caso, se cree que el dinero recaudado tendría que ser manejado por los líderes reconocidos de la comunidad y aún así es posible que surjan dificultades, porque suele haber desconfianza cuando la gente no tiene claro el destino de sus aportes económicos, sobre todo por la situación actual de las economías familiares. Parece ser más aceptable un fondo de reposición para un botiquín comunitario (para comprar una gasa, alcohol, yodo, etc.) que un fondo preventivo para emergencias materno infantiles, aunque este se presente como un seguro colectivo. Evidentemente, no es lo mismo aportar uno o dos córdobas mensuales para mantenimiento del botiquín comunitario que diez o veinte para el mismo período para imprevistos materno infantiles.

L.8.c) Las casas maternas

El objetivo de las casas maternas es detectar, recibir, atender y remitir al hospital las mujeres embarazadas que están próximas a dar a luz. Además, suelen brindar otro tipo de servicios asociados, como el control prenatal y la planificación familiar. Es un sistema autosustentable en lo fundamental, la misma comunidad se encarga de los aspectos organizativos y administrativos: cuidado de la infraestructura básica y el mobiliario, el suministro de productos alimenticios y el cuidado de las mujeres (preparación de comida, lavado, etc.) El aporte del MINSA se espera sobre todo en la forma de un botiquín mínimo y, de ser posible, la presencia de un auxiliar de enfermería. En muchos casos, estas casas son sostenidas por donaciones de ONG's y otros organismos, pero también suelen pedir un aporte económico a las familias de las usuarias (entre diez y veinte córdobas) aunque también admiten contribuciones en especie, en todo caso la gente sólo aporta cuando puede o tiene.

L.8.d) El albergue materno

El albergue materno es una variación del sistema anterior donde el énfasis se da en el alojamiento de la madre campesina mientras permanece en el sector de la unidad de salud, es decir fuera de su comunidad. En ambos casos, la experiencia indica que funcionaban mejor bajo la administración de la comunidad y los ONG's que cuando fueron institucionalizados. El problema es que algunos de estos albergues o casas maternas pasaron a manos del sector público una vez cerrada la fuente de financiamiento sin contar con presupuesto de sostenimiento.

Una modalidad tradicional y práctica de resolver el problema de la falta de albergues es el alojamiento solidario de las parturientas en las casas de la comunidad donde radica la unidad de salud que atenderá el parto y el puerperio de las mujeres madres. Modalidad que a la fecha funciona en el caso de los parientes, amigos o algunos caciques o líderes locales.

L.8.e) Las casas base

A diferencia de los albergues y casas maternas que tienen una infraestructura destinada exclusivamente para la atención de las parturientas y otras actividades afines, las casas bases tienen un abanico más amplio de actividades relacionadas con todos los tipos de problemas de salud de la población en su conjunto. Representan el verdadero nivel primario de atención en salud para las comunidades, aunque muchas veces estén equipadas simplemente por un botiquín mínimo, abastecido (aunque insuficientemente) algunas veces por el MINSA. Suelen estar referidas a la propia casa de habitación del brigadista que atiende consultas de toda índole (inyecciones, sueros, pastillas o simplemente un consejo) o hace las referencias que estima pertinente. Actualmente, hay un problema de grave desabastecimiento de estos botiquines.

L.8.f) Los clubes de madres

El club de madres es una de las estrategias utilizadas por el MINSA para promover la lactancia materna. Es un sistema de seis sesiones orientado a capacitar y motivar a las madres en la necesidad e importancia de la lactancia. Como soporte a esta iniciativa también existe la posibilidad de funcionamiento de los clubes de padres para sensibilizar su participación en el cuidado de los niños (como en la Botana, San Rafael del Norte, Jinotega).

L.8.g) El aporte en trabajo

La mayoría de los líderes entrevistados apuntan hacia un aporte en trabajo de la comunidad. Este puede ser, de la población en general, sobre todo en:

- Mano de obra para mantenimiento, cuidado y mejoras de las unidades de salud,
- Apoyo a la gestión de los brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios,
- Aporte de materiales, equipos y herramientas de construcción y transporte.

Explorando esa tendencia, en la encuesta de opinión se le preguntó a los que manifestaron disposición a aportar trabajo para ayudar a mejorar la atención a las mujeres embarazadas, parturientas y niños menores de un año (117 de 400, 29.8%), sobre el tipo específico de trabajo que podrían aportar: el 34.2% propusieron principalmente acciones de limpieza del centro de salud y un 29.0% cualquier otro tipo de trabajo como obras de construcción (19.6%) e, inclusive, participación en jornadas de salud (11.1%) o ayudando en capacitación (2.6%). (Véase cuadro A1-24, en Anexo 1).

Todas las opciones de trabajo son propuestas por una mayoría de mujeres, a excepción de la propuesta de participar en obras de construcción que en su mayoría procede de los hombres encuestados.

La mayoría de los encuestados que se disponen a participar en limpieza de centros salud viven en una proporción ligeramente superior (52.5%) en el sector rural. En el resto de opciones también proceden en su mayoría del sector rural (Véase cuadro A1-25).

Sobre el aporte específico de las parteras, brigadistas, colaboradores voluntarios y otros líderes comunitarios, los entrevistados recomendaban los siguientes aspectos:

- Seguimiento e información permanente sobre las embarazadas, parturientas, lactantes y niños de la comunidad en edad de vacunación.
- Aseguramiento de las referencias del territorio a las unidades de salud.
- Convocatoria de la población a asambleas, reuniones y jornadas de trabajo.
- Promoción y reproducción del Programa entre la población.
- Capacitación y orientación de mujeres embarazadas, parturientas, puérperas, lactantes y madres en general.
- Apoyos varios en las unidades de salud.

Las parteras capacitadas incluso pueden asegurar partos institucionales, realizados en las unidades de salud bajo supervisión médica o de enfermeras experimentadas con garantía de mejores condiciones sanitarias y mayor control de los riesgos.

En general, para el impulso del FONMAT se espera la continuidad del aporte en trabajo como apoyo a los programas de salud materno infantil y de solidaridad en el caso de traslado de pacientes.

L.9 APOORTE COMUNITARIO AL SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

En general, el aporte actual al sistema de referencias procede de las parteras y los brigadistas, que actúan individualmente o articulados a los equipos o comités locales, en coordinación con las unidades de salud. Dicho aporte se hace extensivo al control de asistencia a las unidades de parte de las mujeres embarazadas y niños en edad de vacunación. De hecho, la movilización de las usuarias a los controles en las unidades de salud descansa en gran medida en esa labor de control y, muchas veces, de presión social que ejercen estos agentes comunitarios sobre el resto de la población.

Existe evidentemente una disposición positiva de las parteras y brigadistas para referir a las mujeres embarazadas, incluyendo su traslado al centro de salud más cercano por las vías que sean y a cualquier hora, para llenar un vacío técnico y financiero del MINSA para asumir esos traslados. Eso significa un ahorro para el MINSA y un aporte de la comunidad.

L.10 PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO Y EL PAGO DE INCENTIVOS

Este es uno de los aspectos en que menos preocupación o interés mostraron los entrevistados. Se plantea que las vías principales de integración de voluntades e incidencia en la formación de opiniones o la toma de decisiones son las comisiones de salud al nivel municipal y los comités o subcomités locales de salud que en el ámbito de las comunidades integran los

brigadistas de salud con participación, en algunos casos, de notables, líderes o colaboradores.

Sin embargo, ambos mecanismos tienen una práctica más operativa que de formación de opiniones, asociada en el caso de las comisiones municipales de salud al impulso de las jornadas de vacunación y de higiene ambiental, y en el caso de los comités locales, al aseguramiento de tareas o transmisión de orientaciones a la población, como dar seguimiento a mujeres embarazadas y niños en edad de vacunación.

A la fecha, la relación en esas instancias llamadas de coordinación ha sido unidireccional. El MINSA orienta a los líderes comunitarios lo que hay que hacer y plantea a las demás instituciones u organismos requerimientos para determinadas tareas específicas. Ahí no hay mucha o ninguna posibilidad de la comunidad de integrar voluntades o hacer preguntas no relacionadas con la tarea que se baja como línea en una reunión dada.

La intensión de estos comités comunitarios de salud es de contar con una estructura por comunidad que cuente con:

- Un responsable de higiene del medio,
- Un responsable de higiene de alimentos,
- Un responsable de nutrición infantil,
- Un responsable de atención materno infantil.

Cada uno de ellos seleccionado por la misma comunidad.

Para algunas de las organizaciones consultadas no se trata simplemente de participar en las evaluaciones e incidir en la toma de decisiones, sino de hacer funcionar una verdadera contraloría social que vele por el uso adecuado y transparente de los recursos asignados por el Programa. Esto debe ser un sistema que se inicie en el nivel nacional con el funcionamiento de la Comisión Nacional de Salud y la revisión en esta de la Política Nacional de Salud por las organizaciones civiles. Esta instancia después debería reproducirse, a criterio de los entrevistados, con funciones de contraloría social, al nivel de los SILAIS y de los centros y puestos de salud. Dentro de ese esquema funcionaría la participación de la comunidad y de la sociedad civil en su conjunto en la supervisión del FONMAT y el control del cumplimiento de cada uno de sus objetivos.

IV CONCLUSIONES

1. Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe, la distribución del ingreso es muy desigual y la pobreza está muy extendida. La pobreza crónica y reciente han aumentado en el país, sobre todo en el área rural. Entre tanto, la reducción del gasto social, consecuencia de las medidas de ajuste estructural, afecta negativamente el acceso a la salud, la educación y el empleo estable. El desafío para el FONMAT es muy grande pues sus territorios meta se ubican en las zonas de pobreza extrema o alta del país. La mayoría de estos municipios están aislados y afectados por una serie de factores como las secuelas de la guerra, la lejanía de los centros urbanos principales, la frontera agrícola, las zonas de reserva o amortiguamiento, la falta de acceso a servicios básicos indispensables, con existencia de riesgos de desastre natural.
2. Las representaciones culturales que de la salud tienen los grupos humanos ejercen una influencia decisiva sobre sus prácticas sanitarias, de higiene y manejo de las enfermedades. Las investigaciones y estudios realizados enseñan que coexisten en Nicaragua diferentes sistemas de representaciones y prácticas culturales de la salud, algunas heredadas de la época precolombina, que continuaron reproduciéndose durante la colonización española, y otras influenciadas por el desarrollo de la medicina científica a las que se le han insertado otros conocimientos originados en la cultura popular. La divulgación y las campañas educativas han logrado introducir a este *saber práctico* una serie de conceptos que hoy son aceptados por la mayoría de la población. Sin embargo, aún subsisten mitos, prejuicios y creencias que afectan las percepciones y prácticas de toda la población, principalmente al estrato cultural más bajo, de los cuales no se sustraen los mismos médicos.
3. La percepción y las prácticas socioculturales de la población meta favorecen la medicina curativa sobre la preventiva. La tendencia es acceder al servicio sólo en caso de enfermedad. En general, se considera que la población no comprende el origen de las enfermedades ni la necesidad del chequeo preventivo. La mayoría de la gente de escasos recursos sigue pensando que se enferma porque Dios quiere o porque lo merece por algún pecado cometido o promesa incumplida y que por tanto no se puede prevenir la enfermedad. De esa forma cuando participa en las campañas de higiene ambiental lo hace por obligación o compromiso social, no por comprensión de los mecanismos fisiológicos de las enfermedades.
4. La asistencia a las unidades de salud y, sobre todo, a los hospitales se asocia con la muerte y una serie de mitos y creencias relacionadas. Muchas de las embarazadas, parturientas y mujeres en general no asisten a las unidades de salud por vergüenza, ignorancia o simplemente porque los maridos no las dejan. En general, el peso del desequilibrio cultural y emocional suele aislar a las mujeres rurales, que muchas veces rechazan ser sometidas a la revisión de un extraño y tener que hablarle. También inciden en gran medida la incomodidad, la pérdida de tiempo, los prejuicios y el miedo a la imagen y práctica de las unidades de salud. Mucha gente se siente enferma cuando asiste a una unidad de salud, porque tiene aprehensión al entorno de rostros no familiares, el instrumental médico, las inyecciones, las curaciones, la asepsia o el mismo color blanco de las batas de los médicos.
5. Las parteras o comadronas suelen gozar de un sólido prestigio en la comunidad que se basa sobre todo en su considerable saber práctico. Así mismo, las mismas parturientas, sobretudo las más jóvenes, suelen sentirse amparadas en la presencia de las parteras cuando asisten a los centros de salud. Mucha gente aún prefiere la atención de las parteras porque en muchos casos, estas ofrecen un servicio que el sistema público de salud no está en capacidad de brindar: apoyo moral y ayuda a labores domésticas, además de atender el parto.
6. El FONMAT es ubicado por las autoridades superiores e intermedias del Ministerio de Salud (MINSA) en el contexto de la misión planteada por el Gobierno de la República en la Política Nacional de Salud 1997 – 2002 de hacer más accesible, más equitativo y más eficiente el sistema de salud pública de la nación, con prioridad en los programas de atención primaria, especialmente para las mujeres, niños y niñas, incorporando nuevas modalidades de organización y gestión, implementando nuevas alternativas de financiamiento, profundizando la descentralización de la prestación de servicios hacia terceros y potenciando la participación de instituciones y grupos sociales en el abordaje y solución de los problemas de salud de la población, a partir de sus intereses, prioridades y características socioculturales.

7. Existe un buen dominio de los lineamientos generales del FONMAT entre los funcionarios superiores e intermedios entrevistados. En el nivel central se maneja perfectamente el tema y el Programa cuenta con el apoyo de las autoridades nacionales del MINSA, que le consideran de interés y piensan que es pertinente y factible. Al nivel de los SILAIS el FONMAT tiende a ser conocido en sus lineamientos generales, pero no existe dominio de los aspectos novedosos del Programa. Sobre todo, se le identifica como un proyecto que ayudará a resolver los actuales problemas que enfrenta el área de atención materno infantil. El conocimiento de las líneas generales del Programa llega hasta los centros y algunos puestos de salud, pero restringido a los principales funcionarios. Así mismo, entre los directivos de hospitales la información es muy general y en la mayoría de los casos no hay claridad sobre los objetivos y alcances del FONMAT. Al nivel de los ONG's consultados sólo lo conocen por algunas referencias y, en la comunidad, los líderes no manejan ninguna información.
8. Las bases generales del financiamiento del FONMAT se manejan de manera muy restringida dentro de las estructuras de salud. En general, a escala intermedia y de base parece entenderse como un asunto por el que debe responder el nivel central y muchos ven el Programa como una tabla de salvación para resolver sus problemas de equipamiento e infraestructura sin estar enterados de las características del financiamiento.
9. En el ámbito intermedio se considera que el Programa puede dar buenos resultados, pero en la medida que se precisen con suficiente claridad los objetivos y se haga un monitoreo adecuado de las actividades y su cumplimiento. Al nivel de base se observa una amplia disposición para la aplicación del programa. En general, la motivación va asociada a la expectativa de que el Programa ayude a resolver los serios problemas que enfrenta el MINSA en materia de atención materno infantil.
10. La mayoría de los funcionarios de salud pública de los territorios involucrados consideran que existen en el MINSA condiciones de apoyo al impulso del FONMAT sustentadas en la visión de transformación de sus principales autoridades, la apropiación del Programa por parte del personal médico y de enfermería, y la experiencia del personal en el manejo técnico, económico y administrativo de proyectos de atención materno infantil.
11. El MINSA no cuenta con una estrategia de aseguramiento del presupuesto del FONMAT para los años subsiguientes al período de implementación. El nivel central está preocupado por mejorar su capacidad presupuestaria para poder dar respuesta a las demandas de la población, pero si esto no se da, difícilmente podrá el MINSA asumir los costos subsiguientes del programa. Así mismo, aparte de lo relacionado con el aporte comunitario, se observa que en los niveles intermedios y de base no se le presta la debida atención a este tema de la sostenibilidad del Programa y tienden a considerar que la cooperación externa siempre estará funcionando por una o otra vía. Entre tanto, algunos ONG's y organismos financiadores tienen muchas dudas sobre la capacidad del MINSA, como institución, para suplir la reducción gradual de los presupuestos del programa.
12. En el nivel central se considera la necesidad de que la comunidad desarrolle consciencia sobre el costo de los servicios de salud y el porque no todos pueden brindarse gratuitamente. A nivel departamental se percibe aún con mayor intensidad la necesidad del aporte comunitario. Incluso se le considera clave o urgente para poder sostener las actividades básicas de los servicios de salud en el territorio. De hecho el sistema se sustenta en una amplia base de servidores voluntarios (brigadistas, promotores, colaboradores, parteras y otros líderes) y es precisamente sobre la actividad que despliega esta red que descansa la contrapartida presupuestaria prevista por los proveedores gestores del Programa.
13. No se observa ninguna dificultad de peso para las autoridades de salud puedan cumplir el aporte del 5% de la comunidad. Se trataría simplemente de llevar una buena contabilidad del aporte en trabajo tanto de los brigadistas de salud como del resto de la comunidad, sobre todo en lo concerniente al aporte de mano de obra para trabajos de limpieza de predios y mantenimiento de la infraestructura sanitaria de base (centros y puestos de salud) y otros diversos.
14. El *sistema de aportes* se ha generalizado sobre todo en los municipios menos pobres y con poblaciones superiores a los diez mil habitantes, en un proceso paulatino iniciado con el cobro de los servicios más caros, como los de odontología y los exámenes de laboratorio. De hecho, el MINSA no cuenta con presupuesto para mantener estos equipos ni

comprar reactivos de laboratorio. En la práctica, los usuarios se han venido acostumbrando a contribuir económicamente por las medicinas recibidas. El problema es que mucha gente deja de asistir a las unidades de salud cuando no cuenta con la

15. La voluntad de la población de colaborar con el impulso de la salud en sus comunidades y apoyar en todo aquello que esté a su alcance, incluyendo el área de atención materno infantil, es evidente. Sin embargo, en los ámbitos intermedios y de base no se ve factible la participación económica de la población en el programa, porque se considera que los niveles de pobreza y extrema pobreza o miseria real en que vive la mayoría de las familias no lo permite. Entre tanto, en situaciones de urgencia la solidaridad comunal se activa y funciona la colecta de efectivo como uno de los principales mecanismos de ayuda. Entre tanto, algunos directivos de los organismos consultados consideran la necesidad de desarrollar la capacidad económica y productiva del país antes de pensar en un aporte económico de la población.
16. Sobre los aspectos críticos, en el nivel central del MINSA existe preocupación por las limitaciones del presupuesto anual y el lento ritmo de concreción de las reformas en el sector salud, dentro de cuyo proceso se ubica al FONMAT. Tampoco se pierde de vista la posibilidad de conflictos con los médicos y resto del personal del sistema derivadas del mismo proceso de modernización del sector, la resistencia al cambio, el problema de la calidad del personal médico que labora dentro del sistema y el problema de los bajos salarios. Además, se señala como factor de tensión que los sectores sindicales, sobre todo los de izquierda, interpretan la reforma como privatización. Tampoco se descartan ciertas contradicciones entre los niveles intermedio y central del MINSA sobre el manejo de los programas de cooperación. Así mismo, en el territorio muchos de los entrevistados consideran el tema financiero como el primer riesgo para la sostenibilidad del programa. Un último riesgo es el de las condiciones climatológica y las dificultades de acceso.
17. La visión del territorio corrobora la preocupación del equipo técnico del FONMAT sobre la calidad y la fiabilidad del sistema de registro que actualmente tiene en vigencia el MINSA. Hay serias reservas sobre la credibilidad de las cifras nacionales y la aplicación práctica de un sistema considerado engorroso y pesado. Sin embargo, muchos consideran el actual sistema como un punto de partida del cual puede derivarse un nuevo sistema mucho más ágil, creíble y aplicable. Al nivel de los SILAIS se considera la necesidad de un sistema de información integral. En general, hay muchas expectativas alrededor de un esperado cambio nacional del sistema de monitoreo y control y de la incidencia del FONMAT en esto.
18. Hay coincidencia en el método de observación directa como principal método para el control de la calidad del servicio. Esto implica revisiones de la infraestructura de los locales, la higiene, el dominio de los sistemas de administración del servicio y la relación médico usuario, sobre todo en el nivel de calidez, medidos a partir de una línea de base que debe levantarse al inicio mismo de la aplicación territorial del FONMAT como punto de referencia inicial. Así mismo, el personal departamental del área de atención materno infantil espera que con el FONMAT organice un sistema de control bien establecido.
19. Se advierte una visión bastante negativa del servicio público de atención materno infantil al nivel de base. Los líderes comunitarios y usuarios se quejan del nivel del personal encargado, de la calidad de la atención, del horario de atención, de la inasistencia del personal, de las condiciones del lugar y la falta de medicinas. A pesar de esto, la inmensa mayoría de los que respondieron la encuesta de opinión (92.2%) dijeron haber asistido el año pasado a los hospitales o centros o puestos de salud por servicio de atención del embarazo o atención al niño. De ellos prácticamente la mitad dijo que la calidad de la asistencia fue buena, alrededor un tercio que regular y el resto, con mayoría masculina, que mala.
20. Existen muchas dificultades en el funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia, con tendencias a una multiplicidad de modalidades que reflejan una intención de búsqueda de soluciones de parte las distintas instancias del MINSA y de los diferentes organismos y proyectos que trabajan el tema en los territorios. En general, puede asegurarse que su funcionamiento es muy limitado, sobre todo en el aspecto de contrareferencia que prácticamente no funciona. Así mismo, el sistema se ve afectado por la distancia, la accesibilidad, el invierno, el trabajo estacional y otros factores. Además, algunos médicos tienden a rechazar las referencias informales de los brigadistas y parteras.

21. Existe en el territorio una gran diversidad de líderes, organizaciones y organismos, algunos de los cuales cuentan con recursos procedentes de la cooperación externa, pero no existe un nivel adecuado de coordinación. Esto lleva a 29. Las vías principales de integración de voluntades e incidencia en la formación de opiniones o la toma de decisiones son las comisiones municipales de salud y los comités o subcomités locales de salud que en los diferentes ámbitos integran instituciones, organismos, proyectos y representantes comunitarios, incluyendo al nivel de base a brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios. Por esta vía, aunque con muchas dificultades de funcionamiento, las actividades de salud pública han contado con un mecanismo ágil para articular los esfuerzos de los actores privados, públicos y comunitarios alrededor de actividades relacionadas con la salud comunitaria y la higiene del medio.
22. Se observa una concepción utilitaria en el manejo de la participación comunitaria. La misma está limitada a brigadistas, colaboradores y parteras que se involucran en tareas de apoyo y forman una red bastante bien organizada que sólo en determinados casos involucra a otros habitantes de la comunidad. Sin embargo, esta red no se involucra en la administración de las políticas o la toma de decisiones.
23. El FONMAT enfrentará muchos obstáculos para mejorar la relación de los actuales proveedores gestores con las comunidades. Algunos ONG's plantean la necesidad de buscar formas tradicionales de organización de la gente para promover la movilización comunitaria en salud (como los equipos de béisbol, las iglesias y otras vías), además de romper el enfoque tradicional de la relación médico-paciente (que no supone compartir responsabilidades sino dictaminar enfermedades y prescribir tratamientos), o médico-líder comunitario (que ve a las parteras, brigadistas, colaboradores voluntarios y resto de líderes como competidores u obstáculos, no como aliados y colaboradores).
24. En el nivel central se considera la necesidad de mecanismos ágiles de promoción y mercadeo del FONMAT y en el territorio hay muchas ideas para potenciar el uso de los medios locales, además de los tradicionales volantes, plegables, mantas y carteles, así como los recursos de otros programas. Se opina que la propaganda debe de ayudar a combatir los miedos y desconfianzas de la población de acudir a las unidades públicas de salud, dando conocer detalladamente en que consisten cada unos de los paquetes de servicios, los procedimientos que se aplican y la importancia de los controles. Así mismo, hay coincidencia en que la mejor promoción del Programa se apoya en el aumento mismo de la calidad de los servicios.
25. Además del propio personal proveedor gestor, los promotores más idóneos del Programa deberán ser los mismos brigadistas de quienes la gente se ha acostumbrado a recibir información y orientaciones sobre temas sanitarios. En esta promoción se podrá también involucrar a los demás líderes comunitarios, las parteras y los colaboradores voluntarios de salud, con la ventaja de que no implica mayor movilización de recursos materiales y financieros.
26. El modelo tradicional de aporte económico de la población campesina es la colecta. Esta funciona como una respuesta solidaria de la comunidad ante problemas concretos. No se observó ninguna experiencia de fondos preventivos, pero la opinión mayoritaria es que hay que hacer la prueba de funcionamiento. Esta podría ser una de las direcciones principales de aplicación de los aportes en efectivo de la población. Algunas experiencias de aportes apuntan hacia compra de insumos sanitarios, mantenimiento o mejora de la infraestructura de las unidades de salud.
27. La mayoría de los líderes entrevistados apuntan hacia un aporte en trabajo de la comunidad. Este puede involucrar a la población en general, sobre todo en mano de obra para mantenimiento, cuidado y mejoras de las unidades de salud, apoyo a la gestión de los brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios, y aporte de materiales, equipos y herramientas de construcción y transporte. El aporte de las parteras, brigadistas, colaboradores voluntarios y otros líderes comunitarios sería más específico y estaría vinculado al seguimiento e información permanente sobre la actividad materno infantil de la comunidad en edad de vacunación, el aseguramiento de las referencias del territorio a las unidades de salud, la convocatoria de la población, la promoción del Programa y la capacitación y orientación de las mujeres en general. Las parteras capacitadas incluso podrían asegurar partos institucionales, realizados en las unidades de salud bajo supervisión médica o de enfermeras experimentadas.

28. El aporte actual al sistema de referencias procede de las parteras y los brigadistas, que actúan individualmente o articuladas a los equipos locales o comités locales de salud, en coordinación con las unidades de salud. Dicho aporte se hace extensivo al control de asistencia a las unidades de salud de las mujeres embarazadas y niños en edad de vacunación de las comunidades. De hecho, la movilización de las usuarias a los controles de las unidades de salud descansa en gran medida en esa labor de control y, muchas veces, de presión social que ejercen estos agentes comunitarios sobre el resto de la población.

ANEXO 1

ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS CUADROS ESTADÍSTICOS

CUADRO NO. 1
DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTAS POR DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO

DEPARTAMENTOS	MUNICIPIOS	TOTAL	
		FRECUENCIA	%
MATAGALPA	San Ramón	80	20.0
JINOTEGA	San Rafael del Norte	40	10.0
	La Concordia	40	10.0
	San Sebastián de Yalí	40	10.0
NUEVA SEGOVIA	Jalapa	80	20.0
CHINANDEGA	Cinco Pinos	40	10.0
	Santo Tomás del Nance	40	10.0
	Somotillo	40	10.0
TOTAL	8	400	100.0

CUADRO NO. 2
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ENCUESTADA
POR MUNICIPIO Y SEXO

MUNICIPIOS	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
SAN RAMON	50.0%	50.0%	100.0%
	40	40	80
	20.0%	20.0%	20.0%
JALAPA	100.0%	100.0%	100.0%
	40	40	80
	10.0%	10.0%	20.0%
SAN RAFAEL DEL NORTE	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
SAN SEBASTIAN DE YALI	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
LA CONCORDIA	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
CINCO PINOS	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
SANTO TOMAS DEL NANCE	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
SOMOTILLO	50.0%	50.0%	100.0%
	20	20	40
	10.0%	10.0%	10.0%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 3
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ENCUESTADA POR
SECTOR DE RESIDENCIA

SECTOR DE RESIDENCIA	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
URBANO	50.0%	50.0%	100.0%
	100	100	200
	50.0%	50.0%	50.0%
RURAL	50.5%	49.5%	100.0%
	100	100	200
	50.0%	50.0%	50.0%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	10.0%	10.0%	10.0%

CUADRO NO. 4
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ENCUESTADA POR
ESTADO CONYUGAL

ESTADO CONYUGAL	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
ACOMPAÑAD@	57.3%	42.7%	100.0%
	125	93	218
	62.5%	46.5%	54.5%
CASAD@	48.5%	51.5%	100.0%
	64	68	132
	32.0%	34.0%	33.0%
SOLTER@	17.5%	82.5%	100.0%
	7	33	40
	3.5%	16.5%	10.0%
SEPARAD@	40.0%	60.0%	100.0%
	4	6	10
	2.0%	3.0%	2.5%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	10.0%	10.0%	10.0%

CUADRO NO. 5
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ENCUESTADA POR
NIVEL DE ESCOLARIDAD Y SEXO

MUNICIPIOS	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
ANALFABET@	60.0%	40.0%	100%
	24	16	40
	12.0%	8.0%	10.0%
PRIMARIA INCOMPLETA	52.8%	47.2%	100.0%
	57	51	108
	28.5%	25.5%	27.0%
PRIMARIA COMPLETA	55.7%	44.3%	100.0%
	44	35	79
	22.0%	17.5%	19.8%
SECUNDARIA INCOMPLETA	44.2%	55.8%	100.0%
	42	53	95
	21.0%	26.5%	23.8%
SUPERIOR INCOMPLETA	50.0%	50.0%	100.0%
	3	3	6
	1.5%	1.5%	1.5%
SUPERIOR COMPLETA	40.0%	60.0%	100.0%
	12	18	30
	6.0%	9.0%	7.5%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 6
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 13 a 19	47	11.7%
De 20 a 25	124	31.0%
De 26 a 30	84	21.0%
De 31 a 35	68	17.0%
De 36 a 40	41	10.2%
De 41 a 45	26	6.5%
De 46 a 57	10	2.5%
TOTAL	400	100.0%

CUADRO NO. 7
NUMERO DE EMBARAZOS

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	59	29.5 %
2	51	25.5 %
3	35	17.5 %
4	18	9.0 %
5	14	7.0 %
6	6	3.0 %
7	5	2.5 %
8	5	2.5 %
9	2	1.0 %
10	4	2.0 %
11	1	0.5 %
TOTAL	200	100.0 %

CUADRO NO. 8
NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
NINGUNO	62.5%	37.5%	100.0%
	10	6	16
	5.0%	3.0%	4.0%
1	48.9%	51.1%	100.0%
	67	70	137
	33.5%	35.0%	34.3%
2	50.0%	50.0%	100.0%
	44	44	88
	22.0%	22.0%	22.0%
3	49.2%	50.8%	100.0%
	30	31	61
	15.0%	15.5%	15.3%
4	47.4%	52.6%	100.0%
	18	20	38
	9.0%	10.0%	9.5%
5	52.2%	47.8%	100.0%
	12	11	23
	6.0%	5.5%	5.8%
6	64.3%	35.7%	100.0%
	9	5	14
	4.5%	2.5%	3.5%
7	50.0%	50.0%	100.0%
	5	5	10
	2.5%	2.5%	2.5%
8	50.0%	50.0%	100.0%
	3	3	6
	1.5%	1.5%	1.5%
9	0.0%	100.0%	100.0%
	0	3	3
	0.0%	1.5%	0.8%
10	66.7%	33.3%	100.0%
	2	1	3
	1.0%	0.5%	0.8%
11	0.0%	100.0%	100.0%
	0	1	1
	0.0%	0.5%	0.3%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 9**ASISTENCIA A CENTROS O PUESTOS DE SALUD POR SERVICIO DE
ATENCIÓN DEL EMBARAZO O ATENCIÓN AL (LA) NIÑ@**

ASISTENCIA A CENTROS O PUESTOS DE SALUD	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
SI	47.4%	52.6%	100.0%
	175	194	369
	87.5%	97.0%	92.2%
NO	80.6%	19.4%	100%
	25	6	31
	12.5%	3.0%	7.8%
TOTAL	50.0%	52.9%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	97.0%	91.8%

CUADRO NO. 10**LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS QUE HAN ASISTIDO
A LOS CENTROS O PUESTOS DE SALUD**

LUGAR DE RESIDENCIA	SI		NO		NR		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Urbano	184	50.1	16	51.6	0	0.0	200	50.0
Rural	183	49.9	15	48.4	2	100.0	200	50.0
TOTAL	367	100.0	31	100.0	2	100.0	400	100.0

CUADRO NO. 11
CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA EN EL
CENTRO O PUESTO DE SALUD

ASISTENCIA A CENTROS O PUESTOS DE SALUD	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
BUENA	38.6%	61.4%	100.0%
	76	121	197
	43.7%	62.7%	53.7%
REGULAR	53.3%	46.7%	100.0%
	65	57	122
	37.3%	29.5%	33.2%
MALA	62.2%	37.8%	100.0%
	23	14	37
	13.2%	7.2%	10.0%
NS/NR	91.0%	9.0%	100.0%
	10	1	11
	5.7%	0.5%	3.0%
TOTAL	48.9%	51.1%	100.0%
	174	193	367
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 12**PERSONAS/ INSTITUCIONES QUE CUIDARON EL
ÚLTIMO EMBARAZO, DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

INSTITUCIÓN O PERSONA	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
CENTRO DE SALUD U HOSPITAL	48.0% 83 41.5%	52.0% 90 45.0%	100.0% 173 43.3%
FAMILIAR	54.3% 88 44.0%	45.7% 74 37.0%	100.0% 162 40.5%
ELLA MISMA	60.9% 14 7.0%	39.1% 9 4.5%	100.0% 23 5.8%
PARTERA	45.5% 10 5.0%	54.5% 12 6.0%	100.0% 22 5.5%
MEDICO PRIVADO	36.4% 4 2.0%	63.6% 7 3.5%	100.0% 11 2.6%
ENFERMERA	25.0% 1 0.5%	75.0% 3 1.5%	100.0% 4 1.0%
SU PAREJA	0.0% 0 0.0%	100.0% 4 2.0%	100.0% 4 1.0%
VECINO	0.0% 0 0.0%	100.0% 1 0.5%	100.0% 1 0.3%
TOTAL	50.0% 200 100.0%	50.0% 200 100.0%	100.0% 400 100.0%

CUADRO NO. 13**¿HAN TENIDO PARTOS?, DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

¿HAN TENIDO PARTOS?	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
SI	49.0%	51.0%	100.0%
	188	195	383
	94.0%	97.5%	95.7%
NO	70.6%	29.4%	100.0%
	12	5	17
	6.0%	2.5%	4.3%
TOTAL	60.9%	39.1%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 14**INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ATENDIÓ EL ÚLTIMO PARTO Y LUGAR DE RESIDENCIA**

INSTITUCIÓN O PERSONA	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
HOSPITAL, PUESTO y CENTRO DE SALUD	51.0%	49.0%	100.0%
	155	149	304
	82.4%	76.4%	79.4%
PARTERA	39.6%	60.4%	100.0%
	23	35	58
	12.2%	18.0%	15.1%
MÉDICO PRIVADO	78.6%	21.4%	100.0%
	11	3	14
	5.9%	1.5%	3.7%
ELLA MISMA	100.0%	0.0%	100.0%
	3	0	3
	1.6%	0.0%	0.8%
FAMILIAR	66.7%	33.3%	100.0%
	2	1	3
	1.0%	0.5%	0.8%
ENFERMERA	0.0%	100.0%	100.0%
	0	1	1
	0.0%	0.5%	0.3%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	188	195	383
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 15
FORMA DE PAGO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN
DEL PARTO Y SEXO

FORMA DE PAGO	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
NO PAGO NADA	49.6% 167 83.5%	50.4% 170 84.9%	100.0% 337 84.3%
PAGO EN EFECTIVO	52.0% 28 14.0%	48.0% 26 13.0%	100.0% 54 13.5%
PAGO EN ESPECIE Y EN EFECTIVO	33.3% 2 1.0%	66.7% 4 2.0%	100.0% 6 1.5%
PAGO EN ESPECIE	100.0% 3 1.5%	0.0% 0 0.0%	100.0% 3 0.8%
TOTAL	50.0% 200 100.0%	50.0% 200 100.0%	100.0% 400 100.0%

CUADRO NO. 16
FORMAS EN QUE RESUELVEN LAS EMERGENCIAS
ECONÓMICAS EN LA FAMILIA

FORMAS EN QUE SE RESUELVEN LAS EMERGENCIAS	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
CON EL SALARIO	50.0%	50.0%	100.0%
	146	146	292
	73.0%	73.0%	73.0%
CON PRÉSTAMOS	49.2%	50.8%	100.0%
	30	31	61
	15.0%	15.5%	15.3%
CON AHORRO	52.2%	47.8%	100.0%
	12	11	23
	6.0%	5.5%	5.8%
OTRAS FORMAS	33.3%	66.7%	100.0%
	4	8	12
	2.0%	4.0%	3.0%
VENTA DE BIENES	63.6%	36.4%	100.0%
	7	4	11
	3.5%	2.0%	2.8%
EMPEÑO DE BIENES	100.0%	0.0%	100.0%
	1	0	1
	0.5%	0.0%	0.3%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 17**FORMAS EN QUE RESUELVEN LAS EMERGENCIAS ECONÓMICAS
EN LA FAMILIA Y LUGAR DE RESIDENCIA**

FORMAS EN QUE SE RESUELVEN LAS EMERGENCIAS	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
CON EL SALARIO	46.6% 136 68.0%	53.4% 156 78.0%	100.0% 292 73.0%
CON PRÉSTAMOS	49.2% 30 15.0%	50.8% 31 15.5%	100.0% 61 15.3%
CON AHORRO	74.0% 17 8.5%	26.0% 6 3.0%	100.0% 23 5.8%
OTRAS FORMAS	83.3% 10 5.0%	16.7% 12 6.0%	100.0% 12 3.0%
VENTA DE BIENES	54.5% 6 3.0%	45.5% 5 2.5%	100.0% 11 2.8%
EMPEÑO DE BIENES	100.0% 1 0.5%	0.0% 0 0.0%	100.0% 1 0.3%
TOTAL	50.0% 200 100.0%	50.0% 200 100.0%	100.0% 400 100.0%

CUADRO NO. 18

**DISPOSICIÓN A DAR UNA CONTRIBUCIÓN PARA
LOGRAR MEJOR ATENCIÓN A MUJERES EMBARAZADAS
Y DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

DISPOSICIÓN A CONTRIBUIR	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
SI	44.2%	55.8%	100.0%
	130	164	294
	65.0%	55.8%	73.8%
NO	66.3%	33.7%	100.0%
	69	35	104
	34.5%	17.5%	25.8%
NS/NR	50.0%	50.0%	100.0%
	1	1	2
	0.5%	0.5%	0.5%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 19

**DISPOSICIÓN A DAR UNA CONTRIBUCIÓN PARA
LOGRAR MEJOR ATENCIÓN A MUJERES EMBARAZADAS
Y DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA**

DISPOSICIÓN A APORTAR	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
SI	51.7%	48.3%	100.0%
	152	142	294
	76.0%	71.0%	73.5%
NO	45.2%	54.8%	100.0%
	47	57	104
	23.5%	28.5%	26.0%
NS/NR	50.0%	50.0%	100.0%
	1	1	2
	0.5%	0.5%	0.5%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	400
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 20

**PERSONAS QUE HAN ASISTIDO O NO AL SISTEMA DE SALUD POR
SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO O ATENCIÓN DE SU
NIÑO Y SU DISPOSICIÓN A DAR UNA CONTRIBUCIÓN
EN EFECTIVO POR EL SERVICIO**

PERSONAS QUE HAN ASISTIDO O NO AL SISTEMA DE SALUD	DISPOSICIÓN A CONTRIBUIR			TOTAL
	SI	NO	NS/NR	
SI	76.0% 279 95.0%	23.4% 86 82.7%	0.6% 2 100.0%	100.0% 367 91.7%
NO	45.2% 14 4.7%	54.8% 17 16.3%	0.0% 0 0.0%	100.0% 31 7.8%
NS/NR	50.0% 1 0.3%	50.0% 1 1.0%	0.0% 0 0.0%	100.0% 2 0.5%
TOTAL	73.5% 294 100.0%	26.0% 104 100.0%	0.5% 2 100.0%	100.0% 400 100.0%

CUADRO NO. 21**INSTITUCIÓN O PERSONA QUE CUIDÓ EL ÚLTIMO EMBARAZO Y
DISPOSICIÓN DE DAR UNA CONTRIBUCIÓN EN EFECTIVO POR
LA ATENCIÓN A EMBARAZADAS, PARTURIENTAS Y NIÑOS**

INSTITUCIÓN O PERSONA	DISPOSICIÓN A CONTRIBUIR			TOTAL
	SI	NO	NS/NR	
CENTRO DE SALUD u HOSPITAL	95.0%	5.0%	0.0%	100.0%
	125	48	0	173
	41.5%	45.0%	0.0%	43.3%
FAMILIAR	81.5%	18.0%	0.5%	100.0%
	132	29	1	162
	44.0%	37.0%	50.0%	40.5%
ELLA MISMA	43.5%	56.5%	0.0%	100.0%
	110	13	0	23
	7.0%	4.5%	0.0%	5.8%
PARTERA	50.0%	45.5%	0.5%	100.0%
	11	10	1	22
	5.0%	6.0%	50.0%	5.5%
MEDICO PRIVADO	82.0%	18.0%	0.0%	100.0%
	9	2	0	11
	2.0%	3.5%	0.0%	2.6%
ENFERMERA	75.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	3	1	0	4
	0.5%	1.5%	0.0%	1.0%
SU PAREJA	25.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	3	1	0	4
	0.0%	2.0%	0.0%	1.0%
VECINO	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	1	0	0	1
	0.0%	0.5%	0.0%	0.3%
TOTAL	73.5%	26.0%	0.5%	100.0%
	294	104	2	400
	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%

CUADRO NO. 22**INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ATENDIÓ EL ÚLTIMO PARTO Y
DISPOSICIÓN A DAR UNA CONTRIBUCIÓN POR EL SERVICIO**

INSTITUCIÓN O PERSONA	DISPOSICIÓN A CONTRIBUIR			TOTAL
	SI	NO	NS/NR	
HOSPITAL, PUESTO y CENTRO DE SALUD	75.3% 229 82.4%	24.3% 74 76.4%	0.4% 1 0.0%	100.0% 304 79.4%
PARTERA	63.8% 37 12.2%	34.5% 20 18.0%	1.7% 1 0.0%	100.0% 58 15.1%
MÉDICO PRIVADO	100.0% 14 5.9%	0.0% 0 1.5%	0.0% 0 0.0%	100.0% 14 3.7%
ELLA MISMA	33.3% 1 1.6%	66.7% 2 0.0%	0.0% 0 0.0%	100.0% 3 0.8%
FAMILIAR	66.7% 2 1.0%	33.3% 1 0.5%	0.0% 0 0.0%	100.0% 3 0.8%
ENFERMERA	0.0% 0 0.0%	100.0% 1 0.5%	0.0% 0 0.0%	100.0% 1 0.3%
TOTAL	74.0% 283 100.0%	25.6% 98 100.0%	0.4% 2 100.0%	100.0% 383 100.0%

CUADRO NO. 23

**CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA EN EL
CENTRO O PUESTO DE SALUD Y DISPOSICIÓN DE DAR UNA
CONTRIBUCIÓN POR EL SERVICIO**

CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA	DISPOSICIÓN A CONTRIBUIR		TOTAL
	SI	NO	
BUENA	77.7%	22.3%	100.0%
	153	44	197
	54.6%	50.6%	53.7%
REGULAR	82.8%	17.2%	100.0%
	101	21	122
	36.1%	24.1%	33.2%
MALA	57.8%	43.2%	100.0%
	21	16	37
	7.5%	18.4%	10.0%
NS/NR	45.5%	54.5%	100.0%
	5	6	11
	1.8%	6.9%	3.0%
TOTAL	77.3%	22.7%	100.0%
	280	87	367
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 24

**FORMA EN QUE LE GUSTARIA APORTAR
DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

FORMA EN QUE LES GUSTARÍA APORTAR	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
CON TRABAJO	46.2%	53.8%	100.0%
	54	62	117
	41.2%	38.0%	39.7%
CON CUOTA PERIÓDICA	45.4%	54.6%	100.0%
	49	59	108
	37.4%	36.2%	36.7%
PAGO DEL SERVICIO	46.3%	53.7%	100.0%
	19	22	41
	14.5%	13.5%	13.9%
FONDO COMUNITARIO	31.0%	69.0%	100.0%
	9	20	29
	6.9%	12.3%	9.8%
TOTAL	44.4%	55.6%	100.0%
	131	164	295
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 25**FORMA EN QUE LE GUSTARIA APORTAR
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA**

FORMA EN QUE LES GUSTARÍA APOYAR	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
CON TRABAJO	53.0%	47.0%	100.0%
	62	55	117
	40.8%	38.5%	39.7%
CON CUOTA PERIÓDICA	47.2%	52.8%	100.0%
	51	57	108
	33.5%	40.0%	36.7%
PAGO DEL SERVICIO	41.5%	58.5%	100.0%
	17	24	41
	11.2%	16.7%	13.9%
FONDO COMUNITARIO	75.9%	24.1%	100.0%
	22	7	29
	14.5%	5.0%	9.8%
TOTAL	44.4%	55.6%	100.0%
	152	143	295
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 26**FORMA DE PAGO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN
DEL PARTO Y LUGAR DE RESIDENCIA**

FORMAS DE PAGO	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
NO PAGO NADA	49.6%	50.4%	100.0%
	167	170	337
	83.5%	85.0%	83.8%
PAGO EN EFECTIVO	51.8%	48.2%	100.0%
	28	26	54
	14.0%	13.0%	13.8%
PAGO EN ESPECIE Y EN EFECTIVO	50.0%	50.0%	100.0%
	3	3	6
	1.5%	1.5%	1.6%
PAGO EN ESPECIE	66.7%	33.3%	100.0%
	2	1	3
	1.0%	0.5%	0.8%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	200	200	383
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 27
PERIODICIDAD DE PAGO DE CUOTA
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

PERIODICIDAD DE PAGO	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
MENSUAL	43.5%	56.5%	100.0%
	40	52	92
	81.6%	88.1%	85.2%
SEMANAL	66.7%	33.3%	100.0%
	6	3	9
	12.2%	5.1%	8.3%
OTRO PERÍODO DE TIEMPO	44.9%	57.1%	100.0%
	3	4	7
	6.1%	6.8%	6.5%
TOTAL	45.4%	54.6%	100.0%
	49	59	108
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 28
PERIODICIDAD DE PAGO DE CUOTA
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA

PERIODICIDAD DE PAGO	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
MENSUAL	50.0%	50.0%	100.0%
	46	46	92
	90.2%	80.7%	85.2%
SEMANAL	55.6%	44.4%	100.0%
	5	4	9
	9.8%	7.0%	8.3%
OTRO PERÍODO DE TIEMPO	0.0%	100.0%	100.0%
	0	7	7
	0.0%	12.3%	6.5%
TOTAL	47.2%	52.8%	100.0%
	51	57	108
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 29**CANTIDAD QUE ESTAN DISPUESTO A PAGAR
DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

CANTIDAD QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A PAGAR	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
DE 4 A 10 CORDOBAS	43.4%	56.6%	100.0%
	33	43	76
	67.3%	73.0%	70.4%
DE 12 A 20 CÓRDOBAS	56.0%	44.0%	100.0%
	14	11	25
	28.6%	18.6%	2.0%
DE 25 A 30 CORDOBAS	50.0%	50.0%	100.0%
	1	1	2
	2.0%	1.7%	1.8%
DE 40 A 50 CORDOBAS	20.0%	80.0%	100.0%
	1	4	5
	2.0%	6.8%	4.6%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	49	59	108
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 30**CANTIDAD QUE ESTAN DISPUESTO A PAGAR
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE RESIDENCIA**

CANTIDAD QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A PAGAR	LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
DE 4 A 10 CORDOBAS	38.0%	62.0%	100.0%
	29	47	76
	57.0%	82.5%	70.4%
DE 12 A 20 CÓRDOBAS	72.0%	28.0%	100.0%
	18	7	25
	35.3%	12.3%	23.2%
DE 25 A 30 CORDOBAS	100.0%	0.0%	100.0%
	2	0	2
	3.9%	0.0%	1.8%
DE 40 A 50 CORDOBAS	40.0%	60.0%	100.0%
	2	3	5
	3.9%	5.3%	4.6%
TOTAL	47.2%	52.8%	100.0%
	51	57	108
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 31**ACTIVIDADES QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A REALIZAR
PARA COLECTAR FONDOS. DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

ACTIVIDADES QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A REALIZAR	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
RIFAS	28.6%	71.4%	100.0%
	6	15	21
	60.0%	78.9%	72.4%
FIESTAS	66.7%	33.3%	100.0%
	2	1	3
	20.0%	5.3%	9.7%
QUERMES	66.7%	33.3%	100.0%
	2	1	3
	20.0%	5.3%	9.7%
LAS QUE REALIZA EL CONSEJO COMARCAL	0.0%	100.0%	100.0%
	0	2	2
	0.0%	10.5%	6.4%
TOTAL	50.0%	50.0%	100.0%
	10	19	29
	100.0%	100.0%	100.0%

CUADRO NO. 32
TRABAJO QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A REALIZAR
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

TIPO DE TRABAJO	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
EN LA LIMPIEZA DEL CENTRO DE SALUD	45.0% 18 32.1%	55.0% 22 36.1%	100.0% 40 34.2%
EN CUALQUIER COSA	38.2% 13 23.2	61.8% 21 34.4%	100.0% 34 29.0%
AYUDANDO EN OBRAS DE CONSTRUCCIÓN	78.3% 18 32.1%	21.7% 5 8.2%	100.0% 23 19.6%
PARTICIPAR EN JORNADAS DE SALUD	46.0% 6 10.7%	54.0% 7 11.5%	100.0% 13 11.1%
AYUDANDO A ASISTIR A OTRAS PERSONAS	0.0% 0 0.0%	100.0% 4 6.5%	100.0% 4 3.4%
CAPACITANDO A OTRAS PERSONAS	33.3% 1 1.8%	66.7% 2 3.3%	100.0% 3 2.6%
TOTAL	47.9% 56 100.0%	52.1% 61 100.0%	100.0% 117 100.0%

CUADRO NO. 33
TRABAJO QUE ESTARÍAN DISPUESTOS A REALIZAR
DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE VIVIENDA

TIPO DE TRABAJO	LUGAR DE VIVIENDA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
EN LA LIMPIEZA DEL CENTRO DE SALUD	47.5%	52.5%	100.0%
	19	21	40
	30.2%	39.0%	34.2%
EN CUALQUIER COSA	53.0%	47.0%	100.0%
	18	16	34
	28.6%	29.6%	29.0%
AYUDANDO EN OBRAS DE CONSTRUCCIÓN	52.2%	47.8%	100.0%
	12	11	23
	19.0%	20.4%	19.6%
PARTICIPAR EN JORNADAS DE SALUD	69.2%	30.8%	30.8%
	9	4	13
	14.3%	7.4%	11.1%
AYUDANDO A ASISTIR A OTRAS PERSONAS	100.0%	0.0%	100.0%
	4	0	4
	6.3%	0.0%	3.4%
CAPACITANDO A OTRAS PERSONAS	33.3%	66.7%	100.0%
	1	2	3
	1.6%	3.7%	2.6%
TOTAL	53.8%	46.2%	100.0%
	63	54	117
	100.0%	100.0%	100.0%

ANEXO No. 2

BOLETA DE ENCUESTA DE OPINION DE USUARIOS

Estimados señores y señoras usuarios de los servicios públicos de salud:

Esta es una encuesta del Centro de Análisis Socio Cultural (CASC) de la Universidad Centroamericana de Nicaragua (UCA) dirigida a mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad), embarazadas o que hayan tenido hijos en el periodo 1998-1999, y hombres cuyas mujeres han estado embarazadas en el mismo periodo o les tienen hijos menores de un año, con el propósito de obtener su opinión sobre la prestación actual de los servicios de atención primaria en salud (puestos y centros de salud) y de hospitales a madres e infantes, así como de las posibilidades, capacidades y formas de contribución comunitaria a la mejora de dichos sistemas en el marco del Programa Fondo de Maternidad e Infancia Seguros (FONMAT) que ejecuta el Ministerio de Salud de la República de Nicaragua (MINSA) y se financia con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de los Estados Unidos de América.

Se les agradece por su colaboración y amable atención.

I DATOS GENERALES

No. de la encuesta:

--	--

Ubicación geográfica:

1. Departamento: _____ 2. Municipio : _____
3. Comunidad: _____
4. Sector de residencia: 1 Urbano 2 Rural

Datos del encuestado :

- 5 Edad: _____ años
- 6 Sexo: 1 Hombre 2 Mujer
- 7 Estado Conyugal:
- | | | | |
|---|------------|---|------------|
| 1 | Solter@ | 4 | Divorciad@ |
| 2 | Casad@ | 5 | Separad@ |
| 3 | Acompañad@ | 6 | Viud@ |
- 8 Escolaridad:
- | | | | |
|---|-----------------------|---|---------------------|
| 1 | Analfabet@ | 5 | Secundaria Completa |
| 2 | Primaria Incompleta | 6 | Superior Incompleta |
| 3 | Primaria completa | 7 | Superior Completa |
| 4 | Secundaria Incompleta | | |
- 9 Número de hijos: _____

II OPINIÓN SOBRE LOS SERVICIOS A LAS MUJERES Y L@S NIÑ@S

10 ¿Ha asistido Usted (o su esposa o compañera) al centro o puesto de Salud u hospital por servicios de atención del embarazo o atención a su niñ@ este año?

1 SI 2 NO 3 NS/NR

11 Si respondió que **SI**, ¿cómo ha sido la atención recibida en el Centro o Puesto de Salud u Hospital?

1 Buena 3 Regular
2 Mala 4 NS/NR

12 Si respondió que **NO**, ¿por qué no ha asistido? Favor detalle la razón o razones:

III PRÁCTICAS FAMILIARES DE SALUD

13 ¿Quién cuidó del último embarazo?

1	Madre	4	Vecino	7	Sobador	10	Centro de Salud
2	Padre	5	Partera	8	Enfermera	11	Puesto de Salud
3	Familiar	6	Curandero	9	Médico privado	12	Hospital
						13	Sin ayuda (sola)

14 ¿Quién atendió el parto?

1	Madre	4	Vecino	7	Sobador	10	Centro de Salud
2	Padre	5	Partera	8	Enfermera	11	Puesto de Salud
3	Familiar	6	Curandero	9	Médico privado	12	Hospital
						13	Sin ayuda (sola)

15 ¿De qué forma se pagó por estos servicios?

1	En efectivo (dinero)	3	Ambos (efectivo y especie)
2	En especie (bienes o productos)	4	No se pagó

16 ¿Cómo se resuelven las emergencias económicas en la familia? Vía:

1	Salario	3	Préstamo	5	Empeño
2	Ahorro	4	Venta de bienes	6	Otra forma

Especifique otra forma: _____

IV OPINION SOBRE PARTICIPACION ECONOMICA EN EL PROYECTO

17 ¿Estaría dispuest@ a aportar algo para lograr la mejora de la atención a las mujeres embarazadas, las parturientas y los niños menores de un año?

1 Si 2 No 3 NS/NR

Si contesta que **NO** agradecer y terminar la encuesta. Si contesta que SI continuar con la siguiente pregunta.

18 ¿Cómo le gustaría o podría aportar? (Respuestas múltiples).

1 Pago del servicio 3 Fondo comunitario
2 Cuota periódica 4 Trabajo

(A quienes responden que les guste aportar una Cuota periódica hacer las pregunta 20 y 21. A quienes respondan que les gustaría aportar a un Fondo Comunitario hacer la pregunta 22. A quienes respondan Trabajo hacer la pregunta 23.).

19 ¿Cada cuánto tiempo está Usted dispuesto a aportar la cuota periódica?

1 Semanal 2 Mensual 3 Otro período de tiempo

Favor especifique otro período de tiempo: _____

20 ¿Cuánto estaría dispuesto a aportar en cada cuota? _____ (Córdobas)

21 ¿Qué tipo de actividades estaría dispuesto a realizar para coleccionar esos fondos comunitarios?
Favor especifique:

22 ¿Con qué formas de trabajo estaría dispuesto a contribuir? Favor especifique:

CONTROL

Nombre del encuestador: _____ Firma : _____

Nombre del supervisor: _____ Firma : _____

Lugar : _____ Fecha : ____/____/____

ANEXO No. 3

LISTA DE ENTREVISTADOS

MINSA

1. Dr. Miguel López
Secretario General

ORGANISMOS NACIONALES

2. Lic. Auxiliadora Lacayo
Directora Planificación PROFAMILIA
3. Lic. Denis Meléndez,
Gerente CISAS
4. Sr. Enrique Picado,
Responsable del Area de Salud del Movimiento
Comunal Nicaragüense

DEPARTAMENTO DE MATAGALPA

5. Dr. Humberto Ramírez
Subdirector SILAIS, Matagalpa
6. Dra. Judith Wong
Directora AIMI SILAIS, Matagalpa
7. Lic. Flora Iselda González,
Responsable de Enfermeras SILAIS Matagalpa
8. Dr. Mario Chávez
Director Hospital Matagalpa
9. Dra. Isabel Valdivia
Directora Centro de Salud, San Ramón
10. Dra. Irene Hernández
Directora PROFAMILIA, Matagalpa
11. Lic. María Asunción Meza
Directora Planificación CARE, Matagalpa
12. Sra. Martha Lucía Calero
Casa del Niño, San Ramón
13. Sr. Bernabé Rodríguez
Presidente Acción Católica
Yasica Sur, San Ramón, Matagalpa
14. Sra. María Elena Rugama
Coordinadora MCN
Los Pinos y Mayales, Yasica Sur, San Ramón
15. Sra. Etelvina Escorcia
Brigadista de Los Limones, Yasica Sur, San Ramón
16. Sra. Julia Ramos
Brigadista Casco Urbano, San Ramón

DEPARTAMENTO DE JINOTEGA

17. Dr. Harry Velázquez
Subdirector SILAIS, Jinotega
18. Dr. Allan Rivera Siles
Director Hospital, Jinotega
19. Dra. Vilma Pérez
Directora Centro de Salud, San Rafael del Norte
20. Dra. Olinda Alvarado
Directora Centro de Salud, Yalí
21. Dr. Hugo Darío Rivera
Director Centro de Salud, La Concordia
22. Lic. Johana Castro Rodríguez
Responsable Puesto de Salud, Las Vegas, Yalí
23. Lic. Martha Lidia Chavarría
Responsable de Enfermeras, Centro de Salud de Yalí
24. Lic. Hortensia Herrera Ubeda
Responsable de Parteras, Centro de Salud de Yalí
25. Daniel Moreno
Coordinador Movimiento Comunal, Jinotega
26. Lic. Armida Rocha
Supervisora de Proyectos PCI, Jinotega
27. Sra. Francisca Espinoza
Responsable Casa Materna, Jinotega
28. Dra. Anyoleth Rizo
Ginecobstetra, Casa Materna, Jinotega
29. Sra. Esperanza Centeno
Partera del casco Urbano, Yalí
30. Grupo de parteras de San Rafael del Norte
Comarcas próximas al casco urbano)
31. Grupo de parteras de San Rafael del Norte
(Comarcas alejadas)

DEPARTAMENTO DE NUEVA SEGOVIA

32. Dr. Giovany Roa
Director del SILAIS Nueva Segovia
33. Dra. Marcia Nubia Pantoja
Directora AIMI Nueva Segovia
34. Dr. Giovany López
Director Hospital, Ocotal
35. Dr. Marcial Montes
Director Hospital Jalapa
36. Dra. María Luisa Quiñónez
Subdirectora de Atención Médica Jalapa

37. Dra. Dania María Pastora
Responsable AIMI Jalapa
38. Dr. Marlon Matute
Responsable de Epidemiología Jalapa
39. Lic. Ada Cecilia Quintana
Responsable de Servicios Médicos Jalapa
40. Lic. Rosario González
Responsable de Enfermeras Jalapa
41. Sra. Dominga Pérez
Responsable de Estadísticas Jalapa
42. Sra. Dolores González
Responsable Administrativa Jalapa
43. Dra. Eulalia Moreno
Responsable Puesto de Salud, El Limón , Jalapa
44. Dra. Silvia Vázquez
Asistente Técnica ADRA, Ocotál
45. Sra. Melba Cruz
Responsable CISAS Nueva Segovia
46. Dr. Duilio Norori
Director Centro Médico Quirúrgico San Juan, Jalapa
47. Sr. Jesús Flores
Líder de El Limón, Jalapa
48. Sra. Hilda Suárez
Brigadista de Salud, El Limón, Jalapa
49. Sra. Digna Rojas
Brigadista de Salud, El Limón, Jalapa
50. Sra. Claribel Pasos
Partera, El Limón, Jalapa

DEPARTAMENTO DE CHINANDEGA

51. Dr. Roberto Callejas
Director SILAI Chinandega
52. Dra. Noelia Narváez
Coordinadora AIMI SILAI Chinandega

53. Dra. Vivian Reyes
Directora Hospital Somotillo
54. Dra. Lesbia Palma
Directora Centro de Salud, Cinco Pinos
55. Dr. Hosman Solís
Director Centro de Salud, Santo Tomás
56. Sra. María Auxiliadora Briceño
Responsable de Capacitación
Centro de Salud, Somotillo
57. Sra. Cleófer Hernández
Responsable Puesto de Salud, Villa Camilo Ortega, Cinco Pinos
58. Dra. Emelda Amaya
Responsable Puesto de Salud, Los Limones, Somotillo
59. Sr. Henry Maradiaga
Alcalde de Cinco Pinos
60. Sr. José Angel Rizo
Auxiliar del Alcalde, Los Limones, Somotillo
61. Sr. Rodolfo Muñoz
Coordinador del Movimiento Comunal, El Zacatón, Cinco Pinos
62. Sra. Gloria Lainez
Brigadista de Salud, Villa Francia, Cinco Pinos
63. Señora Haydé Carrasco
Brigadista de Salud, Villa Camilo Ortega, Cinco Pinos
64. Sra. Brisela Zúniga
Partera, Los Limones, Somotillo
65. Sr. Abraham Betanco
Secretario del comité comarcal y brigadista de salud, Los Limones, Somotillo
66. Sra. Alma Dominga Betanco
Tesorera del comité comarcal y brigadista de salud, Los Limones, Somotillo
67. Grupo de mujeres embarazadas o con niños menores de un año
Puesto de Salud, Los Limones, Somotillo

Bibliografía

1. Andrews J. R. y Hassig R. Treatise on heathen superstitions, by Hernando Ruiz de Alarcón. University of Oklahoma Press, Norman, 1984.
2. Bitrán, R. et al. MINSA. BID. Evaluación económica. Programa de apoyo a la modernización de la red hospitalaria. Fotocopia. Managua, 1998.
3. Castro, Mario et al. Elementos de población, desarrollo y derechos sexuales y reproductivos. Apuntes para un marco conceptual. Managua, mayo de 1999.
4. Centre d'Etudes bio-éthiques. Medicina tradicional de los Andes bolivianos. Bruselas, Bélgica. Mimeografiado, sin fecha.
5. Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana. Representaciones socioculturales de la enfermedad y la salud. Hipótesis elaboradas en una región del Pacífico en Nicaragua. Mimeografiado, 1984.
6. Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana. Desarrollo de estudios para el fomento de la participación comunitaria del Fondo para la maternidad e infancia seguros. Oferta técnica económica. Managua, Nicaragua, agosto de 1999.
7. Dávila Bolaños, A. La medicina precolombina en Nicaragua. Estelí, 1974.
8. Gobierno de Nicaragua. Ministerio de Salud. Políticas Nacionales de Salud 1997 - 2002. Managua, 1997.
9. Gutiérrez, L. Falsas creencias de la salud y la sexualidad femenina. En Salud y sexualidad, año 1, edición 23. El Nuevo Diario. Managua, 18 de febrero de 2000.
10. Houtart, F. y Lemerclinier, G. Las representaciones de la salud en los grupos populares de Nicaragua. Revista Encuentro No.32. Imprenta UCA, 1987.
11. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Proyecciones de población. Managua, septiembre de 1999.
12. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos, y Ministerio de Salud. Encuesta nicaragüense de demografía y salud. Managua, 1999.
13. Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal. Proyecto Nic./95/017. Participación ciudadana en la gestión de los servicios municipales. Fortalecimiento y desarrollo de las municipalidades de Nicaragua. Managua, 1995.
14. Kirkland, S. Las culturas indígenas prehispánicas de Nicaragua y Costa Rica. En Brevarios de la cultura nicaragüense, Culturas indígenas de Nicaragua, Tomo I. Editorial Hispamer. Managua, Nicaragua, 1998.
15. Lebrun, J. F. La imagen de los centros de salud en los medios populares de Nicaragua. Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana y Centro Tricontinental Louvain-la-Neuve. Escrito a máquina. Managua, 1986.
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 1999. Resumen Ejecutivo. Nicaragua, 1999.
17. Ministerio de Salud. Proyecto Modernización del sector salud 1999 – 2002. Componente III, Fondo para la maternidad e infancia seguras (FONMAT). Fotocopia sin fecha.
18. Ministerio de Salud. Programa Modernización del sector salud 1999 – 2002. Manual administrativo financiero para la ejecución de subproyectos. Fondo para la maternidad e infancia seguras (FONMAT). Managua, febrero de 2000-03-29.
19. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Datos básicos e indicadores de salud. Managua, 1998.
20. Ortega Hegg, Manuel. Notas metodológicas sobre el enfoque cualitativo y su aplicación en diversos campos. Documentos CASC – UCA. Centro de Análisis Socio Cultural de la Universidad Centroamericana. Managua. Mimeografiado, 1998.
21. Ortega Hegg, Manuel. La participación ciudadana y la gestión local. En Alcaldía de Jinotepe y Africa 70. Curso de formación. Ordenamiento, administración y gestión territorial a escala municipal. Actas. Jinotepe, Nicaragua, 1997.
22. Palma, M. Por los senderos míticos de Nicaragua. Managua, Nueva Nicaragua, 1984.
23. Presidencia de la República. Secretaría de Acción Social. Mapa de pobreza de Nicaragua. Managua, 1999.
24. Ramírez, C. A. Lengua madre. Brevarios de la cultura nicaragüense. Managua, Nicaragua. Editorial Hispamer, 1998.
25. Rocha, J. L. Rasgos culturales y desarrollo de la PYMES. En Revista Encuentro No.50. Managua, Nicaragua. Imprenta UCA, 1999.
26. Thompson, J. E. Historia y religión de los mayas. P. 206. México, Siglo XXI, 1975.